

# Ostekoa

OSASUN  
TEKNOLOGIEN  
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS  
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

**INFORME DE EVALUACIÓN**

D-08-08

**LA PROMOCIÓN DE LA SALUD  
ALGUNAS TEORÍAS Y HERRAMIENTAS  
PARA LA PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN  
DE INTERVENCIONES SOBRE LOS ESTILOS  
DE VIDA**

Proyecto de Investigación Comisionada

Febrero 2008



**INFORME DE EVALUACIÓN**

D-08-08

**LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**  
**Algunas teorías y herramientas para la**  
**planificación y evaluación de intervenciones**  
**sobre los estilos de vida**

**Proyecto de Investigación Comisionada**

Febrero 2008

Rueda Martínez de Santos, Jose Ramón  
Manzano Martínez, Itxaso  
Páez Rovira, Darío  
Pérez de Arriba Díaz de Argandena, Joseba  
Zuazagoitia Nubla, Jon  
Zulueta Ortíz de Villalba, Gotzon

**EUSKO JAURLARITZA**



**GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2008

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>.

**Financiación:** Beca de Investigación Comisionada 2003. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Nº Expediente 2003/11.

**Este documento debe ser citado como:**

Rueda J R, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G. La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-08.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª Noviembre 2008

Tirada: 225 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Departamento de Sanidad

Internet: [www.osanet.euskadi.net/osteba/es](http://www.osanet.euskadi.net/osteba/es)

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: RGM, S.A.  
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

Impresión: RGM, S.A.  
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

ISBN: 978-84-457-2823-9

D.L.: BI-3123-08

### **Investigador principal**

**José Ramón Rueda Martínez de Santos.** Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad del País Vasco. Bizkaia.

### **Miembros del equipo de investigación**

**Itxaso Manzano Martínez.** Delegación de Sanidad de Bizkaia. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Alava.

**Darío Páez Rovira.** Departamento de Psicología social. Universidad del País Vasco. Bizkaia.

**Joseba Pérez de Arriba Díaz de Argandaña.** Delegación de Sanidad de Álava. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Alava.

**Jon Zuazagoitia Nubla.** Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Alava.

**Gotzon Zulueta Ortíz de Villalba.** Ayuntamiento de Getxo. Bizkaia.

### **Revisión Externa**

**Arantza Arrazola.** Dirección Territorial de Gipuzkoa. Servicio de Plan de Salud. Dpto Sanidad. Gobierno Vasco. Alava.

**Marcelo Lorenzo García.** Servicio de Planificación y Evaluación Asistencial. Unidad de Calidad. Delegación Provincial de Salud de Málaga. Málaga.

### **Coordinación del Proyecto en Osteba**

**Iñaki Gutierrez Ibarluzea.** Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Alava.



# ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS .....	9
1. INTRODUCCIÓN .....	17
2. OBJETIVOS .....	21
3. METODOLOGÍA .....	25
4. RESULTADOS .....	29
4.1. Teorías y modelos de promoción de la salud .....	31
4.1.1. El modelo de los determinantes de la salud y las políticas de salud .....	32
4.1.2. El modelo de creencias de salud .....	37
4.1.3. La teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada .....	38
4.1.4. El modelo transteórico de las etapas de cambio .....	39
4.1.5. El modelo del proceso de precaución - adopción .....	42
4.1.6. La teoría del aprendizaje social .....	43
4.1.7. La teoría de la difusión de innovaciones .....	45
4.1.8. El marketing social .....	46
4.1.9. Modelos comunitarios y grupales de promoción de salud .....	47
4.1.10. Un modelo de promoción de la salud basado en el empoderamiento .....	47
4.1.11 . La teoría del género y el poder .....	49
4.1.12. El desarrollo comunitario .....	51
4.1.13. El modelo de marketing de la promoción de salud .....	52
4.2. Herramientas para la planificación y la evaluación de la promoción de la salud .....	52
4.2.1. El modelo de planificación PRECEDE-PROCEDE .....	53
4.2.2. La evaluación de las intervenciones de promoción de salud .....	56
4.2.3. El modelo RE-AIM .....	59
4.2.4. Esquema para resumir y analizar intervenciones de promoción de salud .....	61
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	65
BIBLIOGRAFÍA .....	69
ANEXOS .....	75
Anexo I. Algunos recursos sobre Promoción de la Salud disponibles en Internet .....	77



# RESÚMENES ESTRUCTURADOS

---



## RESUMEN ESTRUCTURADO

**Título:** LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. ALGUNAS TEORÍAS Y HERRAMIENTAS PARA LA PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA

**Autores:** Rueda JR, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G.

**Palabras clave:** *promoción de la salud, teorías, determinantes sociales de la salud*

**Fecha:** Febrero 2008

**Páginas:** 80

**Referencias:** 43

**Lenguaje:** Español, resúmenes en inglés y euskera.

**ISBN:** 978-84-457-2823-9

### INTRODUCCIÓN

El estilo de vida constituye uno de los determinantes que más influencia ejerce en el estado de salud de una población. La promoción de estilos de vida saludables es uno de las áreas prioritarios para conseguir mejoras de salud en nuestra población, tanto a nivel general, como en distintas personas y colectivos con peores niveles de salud.

### OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es plantear bases conceptuales y metodológicas a tener en cuenta para el diseño, planificación y evaluación de intervenciones de promoción de la salud, con especial atención a lo relacionado con los estilos de vida, resumiendo algunas de las principales teorías sobre esta área.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda en Internet en páginas de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea, así en como las bases de datos de organizaciones como la International Union for Health Promotion and Education, el US Task Force on Community Preventive Services y la CDC Prevention Guidelines Database, Medline y Cochrane Library, búsquedas terminadas a fecha de 16 de febrero de 2.005.

**Análisis económico:** SÍ

NO

**Opinión de Expertos:**  SÍ NO

### RESULTADOS

Se resumen las siguientes teorías o modelos de promoción de la salud: el modelo de los determinantes de la salud y las políticas de salud; el modelo de creencias de salud; la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada; el modelo transteorético de las etapas de cambio; el modelo del proceso de precaución - adopción; la teoría del aprendizaje social; la teoría de la difusión de innovaciones;

el marketing social; modelos comunitarios y grupales de promoción de salud; un modelo de promoción de la salud basado en el empoderamiento; la teoría del género y el poder; el desarrollo comunitario; el modelo de marketing de la promoción de salud. Se resumen algunas herramientas para la planificación y la evaluación de la promoción de la salud, como el modelo de planificación PRECEDE-PROCEDE y el modelo RE-AIM, y se plantea una lista con los distintos aspectos necesarios para resumir y analizar intervenciones de promoción de salud.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Los programas de promoción de salud que se planteen la mejora de problemas de salud relacionados con los estilos de vida exigen la combinación de distintas intervenciones multifactoriales: enfocadas a individuos concretos, a grupos específicos, a la sociedad en su conjunto; de cambio de leyes y normativas; de educación sanitaria. Ninguna teoría, modelo o herramienta es siempre adecuada para todas las situaciones posibles; asimismo, distintas teorías pueden ser útiles y complementarias para comprender y abordar un tema de manera integral.
2. Las desigualdades económicas y sociales son un importante determinante de la salud. Para conseguir el objetivo de mejorar la salud de la población es clave que se planteen estrategias específicas para conseguir mejorar la salud de los grupos sociales con peores indicadores de salud, que en general son los ligados a ingresos económicos bajos y peores condiciones de vida.
3. Distintos grupos, subgrupos o colectivos se encuentran en circunstancias diferentes que exigen un análisis separado de cómo operan distintos determinantes de la salud en cada uno de ellos. Es por ello necesario analizar las características específicas, creencias, actitudes, motivaciones, refuerzos o barreras sociales,... en que se encuentra cada colectivo. Los mensajes, métodos, medios, estímulos e incentivos no tienen por qué ser iguales para todos y deberán adaptarse para cada uno de los distintos colectivos.
4. Las intervenciones de educación para la salud, que deben seguir jugando un papel importante, se deberán enfocar a proporcionar información veraz y a potenciar el empoderamiento tanto individual como colectivo, prestando especial cuidado en evitar la culpabilización de quienes tienen y soportan estilos de vida menos saludables.
5. Los programas o intervenciones de promoción de salud deben plantear claramente cuales son los determinantes de la salud sobre los que pretenden incidir, así como qué otros determinantes de la salud quedan fuera de su objetivo o alcance. De esa manera, no se crearán falsas expectativas respecto a su previsible impacto y se evitarán posteriores sensaciones de fracaso al evaluar los cambios producidos por las actividades de promoción de la salud.

# LABURPEN EGITURATUA

**Izenburua:** OSASUNAREN SUSTAPENA. TEORIA ETA TRESNA BATZUK BIZIMODUEN GAI-NEKO ESKU-HARTZEAK PLANIFIKATZEKO ETA EBALUATZEKO

**Egileak:** Rueda JR, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G.

**Gako-hitzak:** *osasunaren sustapena, teoriak, osasunaren gizarte-eragileak*

**Data:** 2008ko otsaila

**Orrialdeak:** 80

**Erreferentziak:** 43

**Hizkuntza:** Gaztelania, laburpenak euskeraz eta ingelesez.

**ISBN:** 978-84-457-2823-9

## SARRERA

Bizimodua populazioaren osasunean eraginik handiena duen eragilerik garrantzitsuenetarikoa da. Bizimodu osasungarriak sustatzea lehentasuneko esparruetako bat da gure populazioaren osasuna hobetzeko, maila orokorrean zein osasun maila txarragoak dituzten pertsona eta kolektiboetan.

## HELBURUAK

Azterketa horren helburua, osasuna sustatzeko, esku-hartzeak diseinatzeko, planifikatzeko eta ebaluatzeko kontuan hartu beharreko oinarri kontzeptualak eta metodologikoak plazaratzea da, batez ere bizimoduei dagokienean, esparru horretan diren teoria nagusienetariko batzuk laburbilduta.

## MATERIALA ETA METODOA

Horretarako, Interneten bidez Osasunaren Munduko Erakundearen eta Europako Batzordearen orrialdeetan informazio-bilaketa egin da. Halaber, ondoko erakundeen datu-baseetan: International Union for Health Promotion and Education, US Task Force on Community Preventive Services eta CDC Prevention Guidelines Database, Medline eta Cochrane Library. Bilaketa horiek 2005eko otsailaren 16an amaitzat jo ziren.

**Analisi ekonomikoa:** BAI



**Adituen Iritzia:** BAI



EZ

## EMAITZAK

Azterketa horretan osasuna sustatzeko ondoko teoriak eta ereduak laburbiltzen dira: osasun-eragile eta osasun-politiken ereduak; osasunean uste osoko ereduak; arrazoitutako ekintzaren teoria eta planifikatutako jokabidearen teoria; aldaketa-aldien eredu transteoretikoa; arreta-hartze prozesuaren ereduak; gizarte-ikaskuntzaren ereduak; berrikuntzen zabalkundearen ereduak; gizarte-marketina; osasuna sustatzeko erkidegoko eta taldeetako ereduak; jabeakuntzan oinarritutako osasuna sustatzeko ereduak; generoaren eta boterearen teoria; erkidegoko garapena; osasuna sustatzeko marketin-eredua. Halaber,

osasunaren sustapena planifikatzeko eta ebaluatzeko tresna batzuk laburbiltzen dira, besteak beste, AURREKOA IZATEA-JARDUTEA eta RE-AIM eredu, eta osasuna sustatzeko esku-hartzeak laburbiltzeko eta aztertze beharrezko alderdiak zerrendatzen dira.

## ONDORIOAK ETA GOMENDIOAK

1. Bizimoduarekin zerikusia duten osasun-arazoak hobetzeko planteatutako osasuna sustatzeko programek faktore anitzeko esku-hartze desberdinen konbinazioa eskatzen dute: pertsona konkretu, talde espezifiko eta gizarte osoari zuzendutakoak; lege eta araudiak aldaraztekoak; osasun-hezkuntzakoak, besteak beste. Hala ere, inolako teoria, eredu edo tresna ez da beti egokia sor daitezkeen egoera guztietarako; halaber, teoria batzuk erabilgarriak eta osagarriak izan daitezke modu integral batean gai bat ulertzeko eta era berean gai horri ekiteko.
2. Desberdintasun ekonomikoek eta sozialek eragin handia dute osasun-mailan. Beraz, populazioaren osasuna hobetu nahi bada, ezinbestekoa da estrategia espezifikoak planteatzea osasun-adierazlerik txarrenak dituzten gizarte-taldean osasuna hobetzeko. Izan ere, talde horiek dira diru-sarrera txikiak eta bizi-baldintza txarrenak dituztenak.
3. Hainbat talde, azpitalde edo kolektibo egoera desberdinetan murgilduta daude. Hori dela eta, garrantzitsua da horietako bakoitzaren osasun-eragileek nolatan jarduten duten banan-banan aztertzea. Beraz, beharrezkoa da kolektibo bakoitzaren egoera eta alderdi desberdinak aztertzea: ezaugarri espezifikoak, sinesmenak, jarrerak, motibazioak, errefortzuak edo gizarte-barrerak, besteak beste. Mezuek, metodoek, bitartekoek, estimuluek eta pizgarriek ez dute zertan denentzat berberak izan eta ondorioz, kolektibo bakoitzaren beharretara egokitu beharko dira.
4. Osasun-hezkuntzako esku-hartzeak, kontu garrantzitsua izaten jarraitu behar dutenak, benetako informazioa ematera eta norbanakoaren zein kolektiboaren jabeakuntza sustatzera zuzendu behar dira. Horretarako, oso garrantzitsua da osasungarritasun gutxiagoko bizimodua daramatenen eta horren ondorioak pairatzen dutenen ohiko errudun izate, «mea culpa» hori ebitatzea.
5. Osasuna sustatzeko programek eta esku-hartzeak argi planteatu behar dute zeintzuk diren esku hartuko diren osasun-eragileak. Halaber, zein osasun-eragile geratuko diren helburu edo irispen horretatik kanpo ere planteatu behar da. Horrela, ez da igurikimen faltsurik sortuko aurreikusitako inpaktuari dagokionean eta osasuna sustatzeko jarduerak eragindako aldaketak ebaluatzen direnean, osteko porrot-sentzazioak ebitatuko dira.

## STRUCTURED SUMMARY

**Title:** HEALTH PROMOTION. SOME THEORIES AND TOOLS FOR PLANNING AND ASSESSING LIFESTYLE INTERVENTIONS

**Authors:** Rueda JR, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G.

**MESH keywords:** *Health promotion, theories, social factors that determine health*

**Date:** February 2008

**Pages:** 80

**References:** 43

**Language:** Spanish, English and basque abstracts.

**ISBN:** 978-84-457-2823-9

### INTRODUCTION

Of all the factors that can affect the health of the population, lifestyle is the one that has the greatest influence. The promotion of healthy lifestyles is one of the priority areas of programmes designed to improve the health of our population both in general and among those individuals and groups with the lowest health levels.

### AIMS

This survey aims to propose the conceptual and methodological bases for the design, planning and assessment of health promotion interventions, with special regard to lifestyles, and to summarise some of the main theories regarding this subject.

### MATERIALS AND METHODS

An Internet search was made of the web sites of the World Health Organisation and the European Commission, as well as in the databases of organisations such as the International Union for Health Promotion and Education, the US Task Force on Community Preventive Services and the CDC Prevention Guidelines Database, Medline and Cochran Library. The search process ended on February 16 2005.

**Economic analysis:** YES  NO

**Expert opinion:**  YES NO

### RESULTS

A number of theories or health promotion models are summarised as follows: model to indicate those factors that determine health and health policies; health beliefs model; the reasoned action theory and the planned conduct theory; the transtheoretical model of change; the precaution-adoption process model; the theory of social learning; the innovation diffusion theory; social marketing; community and group health promotion models; an empowering based health promotion model; the gender and power theory; community development; the health promotion marketing model. This study includes a

summary of some of the tools used for planning and assessing health promotion, such as the PRECEDE-PROCEDE planning model and the RE-AIM model, and proposes a list of the different aspects required to summarise and analyse health promotion interventions.

## CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

1. Health promotion programmes that propose to improve health problems associated with lifestyle require the combination of a number of different multifactor interventions: focused on specific individuals, specific groups, society as a whole; changes in laws and regulations; health education;... No single theory, model or tool is appropriate for all the different situations that can arise; likewise, different theories may be useful and complimentary for understanding and tackling a subject from an overall point of view.
2. Economic and social inequality is a major factor that has a determining effect on health. In order to achieve an improvement in the health of the population, specific strategies must be proposed to increase the health levels of social groups with the lowest health indicators, which in general are linked to low incomes and poor living conditions.
3. The circumstances of individual groups or subgroups may vary, requiring a separate analysis of how different health determining factors operate in each one of these. For this reason, it is necessary to analyse specific characteristics, beliefs, attitudes, motivations, social barriers, etc., in which each collective is found. The messages, methods, means, stimuli and incentives do not necessarily have to be the same for all of these and must be adapted for each one of the different groups.
4. Education for health interventions, which must continue to play an important role, should focus on providing true information and promoting both individual and collective health empowering, paying special attention to avoid creating a sense of guilt among those who have less healthy lifestyles.
5. Health promotion programmes or interventions must indicate clearly those health determining factors in which it is intended to intervene, as well as what other health determining factors fall beyond their objectives or scope. In this way, no false expectations will be created as to their foreseeable impact and a subsequent sense of failure when evaluating the changes brought about by health promotion activities will be avoided.

# 1. INTRODUCCIÓN

---



El estilo de vida constituye uno de los determinantes que más influencia ejerce en el estado de salud de una población. De hecho, en el origen de muchas de las causas de morbilidad y de mortalidad se encuentran conductas poco saludables, como las dietas incorrectas, el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas ilegales), las prácticas sexuales de riesgo o el sedentarismo.

Según señala el Plan de Salud 2002-2010 del Gobierno Vasco (2002), teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43% en nuestra comunidad.

En ese Plan de Salud, en relación con los estilos de vida, se abordan las siguientes áreas: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, las drogas ilegales, actividad física y nutrición y seguridad alimentaria, las prácticas de riesgo en la conducta sexual y en las lesiones accidentales.

Para cada una de esas áreas el Plan de Salud presenta un análisis de situación y se plantean distintos objetivos y las estrategias de intervención para conseguirlos. Esas estrategias incluyen actuaciones a nivel individual, actuaciones a nivel comunitario, actuaciones a nivel intersectorial y actuaciones específicamente destinadas a disminuir las desigualdades sociales en esas áreas.

El Plan de Salud plantea también la necesidad de fomentar escenarios promotores de salud. Por escenarios promotores de salud se entiende todos aquellos conjuntos espaciales o centros o instituciones en los que se desarrollan actividades en grupo, de forma regular, distintas de las estrictamente familiares, que proporcionan oportunidades claras para reforzar los vectores creadores de salud o los conocimientos y prácticas de protec-

ción de la misma. Los principales escenarios promotores de salud son: los centros de trabajo, los centros escolares y educativos, los barrios o entornos urbanos próximos al hogar, y específicamente su nivel de equipamiento urbano, incluida la existencia de locales destinados a actividades colectivas, zonas de encuentro y esparcimiento, y su grado de mantenimiento; los servicios sociales comunitarios; las asociaciones cívicas, culturales y deportivas; los servicios sanitarios.

En el conjunto de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) están igualmente en marcha determinadas acciones intersectoriales relacionadas con la promoción de la salud, junto a otras limitadas a las provincias y determinadas comarcas, por razón de la competencia en la materia de servicios sociales que corresponde a las Diputaciones Forales y Ayuntamientos.

En los círculos profesionales dedicados a la promoción de la salud se plantea que para que intervenciones como las comentadas tengan una base sólida es necesario que esas intervenciones se basen en modelos teóricos bien definidos, con criterios explícitos y contrastados. Junto a ello es necesario contar con pruebas de que las intervenciones propuestas son efectivas. No basta con que se tenga un modelo de explicación creíble o aceptado, es necesario disponer de evidencia de que las intervenciones sirven en nuestro contexto para conseguir los objetivos propuestos.

En este estudio hemos intentado poner encima de la mesa distintas teorías, modelos y herramientas que puedan ser de utilidad para aquellas personas interesadas en la promoción de la salud en general y en la modificación de los estilos de vida en particular.



## 2. OBJETIVOS

---



Los objetivos de este estudio son:

1. Elaborar bases conceptuales y metodológicas para el diseño, planificación y evaluación de intervenciones de promoción de la salud, con especial atención a lo relacionado con los estilos de vida.
2. Analizar un programa de promoción de la salud actualmente en marcha en el Departamento de Sanidad sobre estilos de vida.
3. Elaborar recomendaciones para futuras propuestas de intervenciones de promoción de la salud en la CAPV.



### 3. METODOLOGÍA

---



### 3.1. Revisión bibliográfica

Se ha realizado una búsqueda en Internet, con el buscador Google y los términos «health promotion», en páginas *web* de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea, así como las bases de datos de las organizaciones como la International Union for Health Promotion and Education, el US Task Force on Community Preventive Services y la CDC Prevention Guidelines Database.

Se ha realizado también una búsqueda bibliográfica de artículos en Medline, Cochrane Library y las bases de datos del NHS Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York, con los términos «health promotion», «health promotion AND effectiveness», «health promotion AND life style» y «effective health promotion AND life style».

Las búsquedas se han terminado a fecha de 16 de febrero de 2.005.

### 3.2. Elaboración de las bases conceptuales y metodológicas para el diseño, planificación y evaluación de intervenciones de promoción de la salud

Tras la búsqueda bibliográfica se han analizado los documentos encontrados y en base a ellos se han seleccionado los modelos o teorías que nos han parecido más importantes para los objetivos de este estudio.

Los criterios para decidir qué teoría o modelo incluir han sido dobles. Por una parte, se ha intentado recoger las teorías más utilizadas, que son

fundamentalmente modelos de intervención centrados en individuos y en los cuales se han basado la gran mayoría de las intervenciones dirigidas a modificar estilos de vida. Por otra parte, hemos intentado posibilitar una visión amplia recogiendo enfoques diferentes, incluyendo modelos o teorías más bien novedosos o bien que prestan especial atención a aspectos comunitarios y sociales en la promoción de la salud.

### 3.3. Análisis de un programa del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco de promoción de la salud en el área de los estilos de vida

Se ha desarrollado para ello una lista con los distintos aspectos necesarios para el análisis de las propuestas o intervenciones de promoción de la salud.

Para ver la utilidad de la herramienta planteada se ha elegido un programa de promoción de la salud del Departamento de Sanidad enfocado a aspectos relacionados con los estilos de vida, que ha analizado en detalle.

### 3.4. Elaboración de propuestas y recomendaciones acerca de los programas de promoción de salud y propuestas en el marco del Plan de Salud 2002-2010

A la vista de las reflexiones y conclusiones de los distintos apartados de este estudio, se realizarán algunas recomendaciones para la evaluación de los programas o actividades de promoción de la salud actualmente en marcha y para la elaboración de propuestas futuras.



## 4. RESULTADOS

---



#### 4.1. TEORÍAS Y MODELOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las actividades y/o programas de educación y de promoción de la salud están diseñados para estimular a los individuos y a los grupos para mantener los comportamientos saludables, cambiar los no saludables, o para que adopten nuevos comportamientos saludables, para conseguir así mejoras de salud en los individuos y en la población en general.

En cualquier caso, una cosa es saber que un determinado comportamiento o conducta afecta negativamente a la salud y otra es saber como conseguir cambiarlo por otro saludable o menos dañino.

Es aquí donde las teorías o los modelos pueden ser de utilidad. Las teorías o modelos nos sirven para entender y predecir los comportamientos relacionados con la salud y para comprender los procesos de cambio en dichos comportamientos.

Una teoría es un conjunto interrelacionado de conceptos, definiciones y proposiciones que presentan una visión sistemática de hechos o situaciones, por medio de la especificación de las relaciones entre variables, para poder explicar y predecir hechos o situaciones.

Una teoría no es ninguna panacea ni nos proporciona recetas universales, pero nos proporciona una estructura conceptual para seleccionar variables claves para influir en el comportamiento ligado a la salud.

Diversos autores, fundamentalmente del campo de la psicología social y de la psicología y sociología de la salud, han elaborado teorías o modelos para explicar por qué las personas se comportan de una u otra manera. En el comportamiento individual intervienen variables que van desde características específicas de la persona concreta hasta el ambiente social en que se desenvuelve.

Debe tenerse en cuenta también que aunque distintas teorías utilizan términos comunes su significado dentro de la teoría no necesariamente es idéntico ni coincidente. Son diferentes *constructos* que deben ser entendidos en el contexto específico de cada teoría o modelo.

Las teorías y los modelos pueden resultarnos de utilidad para interpretar situaciones y para planificar intervenciones prometedoras y realistas. Las teorías juegan también un papel importante en la evaluación de los programas o actividades. Dado que identifican las asunciones que hay detrás de las estrategias propuestas, las teorías ayudan a detectar las variables intermedias que deberán ser comprobadas por medio de la evaluación. Esas variables intermedias o «factores mediadores» ayudan a clarificar por qué los programas puestos en marcha sirven o no para conseguir nuestros objetivos en cambiar conductas individuales y colectivas o el medio social.

Aunque aquí se presentan distintas teorías por separado, en la práctica es bastante frecuente utilizar combinaciones de varias de ellas a la hora de diseñar e implementar intervenciones orientadas a cambiar conductas. Por ejemplo, podemos utilizar las variables o *constructos* de la *Teoría de la Acción Planificada* para analizar e investigar las creencias de un determinado grupo en relación a la utilización de condones en las relaciones sexuales y determinar los mensajes a comunicar, y luego diseñar la estrategia de comunicación a ese grupo utilizando elementos de la *Teoría de la Difusión*.

En cualquier caso, debe quedar claro de entrada claro que aunque las teorías sobre el comportamiento relacionado con la salud son herramientas importantes, ni la mejor teoría ni el mejor modelo es aplicable automáticamente a todos los contextos y problemas.

Una buena teoría o un buen modelo no sustituyen tampoco la imprescindible investigación y análisis de cada realidad concreta, ni la planificación específica de actividades de promoción de salud para un determinado contexto o colectivo.

En los apartados siguientes se explican brevemente algunas de las teorías y modelos más extendidos en el área de la promoción de la salud.

Aunque existe una amplia literatura sobre el tema, en este estudio nos hemos basado fundamentalmente en artículos de diversos autores recogidos en dos libros: el libro de Glanz y cols (2002) sobre «Comportamiento de Salud y Educación para la Salud», un «clásico» en esta área, y

el de DiClemente y cols (2002), que aborda más en profundidad algunas teorías «emergentes».

Sin lugar a dudas quedan fuera de la selección aquí presentada algunas teorías o modelos que otras personas pueden considerar importantes. Dado que existen numerosas teorías que comparten muchos enfoques y elementos y varían fundamentalmente en el énfasis o importancia que dan a algún aspecto del modelo, hemos optado por limitar el número de teorías o modelos presentados en este documento. Hemos intentado incluir las teorías o modelos que más predicamento e impacto han tenido entre los profesionales de la promoción de la salud, pues han sido la base teórica en la que se han basado la mayoría de las intervenciones realizadas en este campo. Dado que muchas de esas teorías clásicas o «dominantes» prestan especial atención a los aspectos más individuales y psicológicos, para dar una visión más completa hemos recogido también modelos que ponen el énfasis en los aspectos sociales y colectivos en relación a los determinantes de la salud y el comportamiento relacionado con la salud.

Estos últimos enfoques forman parte de la tradición de la salud pública y han sido recogidos de manera explícita en las propuestas defendidas en los últimos años por organismos como la Organización Mundial de la Salud en numerosos documentos, como las estrategias de Salud para Todos, Salud 21, la Carta de Ottawa o la Declaración de Yakarta.

Para cada teoría o modelo aquí presentado se presentan los puntos más importantes de cada

una y se facilitan referencias bibliográficas donde quien esté interesado pueda profundizar tanto en su conocimiento como en los ejemplos concretos de aplicación de las mismas.

A continuación empezaremos por la descripción del modelo de los determinantes de la salud, por ofrecer ese modelo un marco general donde pueden contextualizarse las restantes teorías y modelos.

#### 4.1.1. El modelo de los determinantes de la salud y las políticas de salud

La promoción de la salud a nivel poblacional no puede entenderse sin comprender las teorías que explican que los principales determinantes de la salud humana, tanto a nivel individual como colectivo, están fuera del ámbito de actuación de los servicios sanitarios y del control del propio individuo.

Las teorías que ligan la salud a los denominados «determinantes de la salud» son hoy en día parte importante del discurso oficial de organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud o la Comisión Europea (WHO 2003; European Commission 2003).

En nuestro medio el Gobierno Vasco comparte esa filosofía y en el recientemente aprobado documento de «Políticas de salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010» se presenta la siguiente tabla que recoge una serie, no exhaustiva, de los factores que afectan a la salud.

Tabla 1. Factores que afectan a la salud

Biológicos	Sociales y económicos	Medio ambiente	Estilos de vida	Acceso a los servicios
Genes	Pobreza	Calidad del aire	Dieta	Educación
Sexo	Empleo	Vivienda	Ejercicio físico	Sanidad
Edad	Exclusión social	Calidad del agua	Tabaco	Servicios sociales
			Alcohol	Transportes
			Conducta sexual	Ocio
			Drogas	

Fuente: Dalhgren 1995.

#### *Las desigualdades y la salud*

Es conocido desde hace mucho tiempo la existencia de una relación directa entre nivel socioeconómico y salud: los grupos y clases más altas

disfrutan de mayor nivel de salud que los grupos más desfavorecidos. A modo de ejemplo, sirva el dato de que en la CAPV la esperanza de vida al nacer de los hombres de clase social más alta

está en los 76,2 años mientras que la clase más baja es de 72,6, existiendo un claro gradiente entre la clase social y la esperanza de vida.

En sociedades ricas como la nuestra, en torno al 5% de la población se encuentra en situación de pobreza seria y concentra importantes problemas de salud.

La disminución de esas desigualdades en salud y la búsqueda de la equidad es uno de los principios informadores de distintos documentos de políticas de salud, entre ellos del mencionado «Políticas de salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010», y a nivel internacional en el documento «Salud 21» de la Organización Mundial de la Salud (WHO 1998).

La disminución de las desigualdades en salud ofrece un gran potencial de mejora de la salud promedio del conjunto de una sociedad (Wilkinson 2005). Al plantearse iniciativas de promoción de salud es fundamental analizar si favorecen o no la mejora en la salud de las clases sociales y grupos socioeconómicos más desfavorecidos y si contribuyen a disminuir o a aumentar las diferencias de salud en nuestra sociedad.

En este contexto es muy importante que las intervenciones de promoción de salud no caigan en lo que se ha denominado «**echar la culpa a la víctima**» (Anand 2004).

Quién no puede modificar una conducta no saludable, por no tener conciencia, autoconfianza, habilidades, autonomía o recursos para ello, puede sentir que su autoestima baja por no ser capaz de hacer «lo correcto» y otras personas pueden menospreciarle por ello y culparle de su comportamiento, haciéndole «responsable» de los problemas de salud que puedan sufrir. Esas actitudes además de ser injustas favorecen la discriminación y marginalización de esas personas.

Las iniciativas «educativas» o «informativas», si son mal planteadas, pueden incidir en los aspectos de culpabilización de quienes tienen conductas menos saludables, añadiéndoles un factor de presión negativo para su bienestar, además de ocultar el trasfondo de las circunstancias y causas sociales que explican la existencia de muchos problemas de salud y su distribución en la sociedad.

## La salud entendida en un sentido amplio

Quizás sea conveniente recordar aquí que la salud debe ser entendida en un sentido amplio, no únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como la definía la OMS, como el completo bienestar físico, psíquico y social.

De acuerdo con el concepto de salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de esos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

En nuestra sociedad, aunque gran parte de la población tiene cubiertos unos ingresos mínimos y las necesidades materiales básicas, existen no obstante importantes problemas de salud mental o de la esfera psicosocial, a los que normalmente se ha prestado menor atención en los modelos de determinantes de la salud. La estructura social, los valores y expectativas sociales y las relaciones interpersonales son también importantes determinantes de nuestra salud.

Ejemplos de ello son las situaciones de maltrato o violencia de género, el *mobbing* o acoso o la explotación en el medio laboral, donde el factor que afecta, en este caso negativamente, a nuestra salud viene derivado de la acción directa de otras personas.

La violencia es un importante problema de salud pública a nivel mundial, como quedó reflejado en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OPS-OMS 2003), donde se señala que se estima que al año 1.600.000 personas mueren a causa de la violencia en el mundo y que es una de las primeras causas de muerte en el grupo de edad entre 15 y 44 años.

No se puede ignorar ni olvidar que en nuestro entorno más cercano hay también problemas específicos derivados de situaciones de violencia política o negación de derechos humanos básicos que afectan a miles de ciudadanos (Ormazabal 2003).

Asimismo la semiclandestinidad y falta de protección legal en la que se encuentran importantes colectivos de inmigrantes, un sector creciente de nuestra sociedad y de la población mundial en general, posibilita situaciones de explotación, no garantiza unas mínimas condiciones para desarrollar una vida digna y dificulta su integración social, además de suponer una vulneración de derechos humanos básicos.

Hay también situaciones de insatisfacción o trastornos psicológicos que se presentan en sectores nada despreciables de la población, situaciones que vienen determinados por la existencia de unos valores sociales, unas formas de vida social y unas estructuras sociales que fomentan el individualismo, la competitividad, importantes desigualdades de renta y un consumismo desahogado, en lugar de las redes de apoyo mutuo y colaboración y una distribución equitativa de la riqueza social. La reciente ola de suicidios grupales de jóvenes japoneses sólo pueden entenderse en el contexto comentado.

Los trastornos ligados a la alimentación han pasado de la malnutrición por defecto a la malnutrición por exceso y a patologías de presencia creciente, tales como la anorexia o la bulimia, que se explican por las «exigencias sociales» de delgadez. La presión social por aparentar «juventud» y la negación del proceso natural de envejecimiento está conllevando que sectores cada vez más amplios de la población, especialmente entre las mujeres, tengan una insatisfacción con su

imagen y una disminución de su autoestima, que disminuyen su bienestar y su salud.

Entre los determinantes de la salud y del bienestar individual y colectivo está también el denominado *capital social* de una comunidad, que estaría compuesto por elementos tales como la confianza y la integración social, la participación comunitaria y las redes sociales existentes (Kemenade 2002).

Hay diversos documentos propiciados por la OMS que desarrollan extensamente los aspectos conceptuales del modelo de los determinantes de la salud y de la evidencia en que se basan las afirmaciones entre los vínculos entre diversos factores y la salud (Wilkinson 2003; Marmot 1999).

Hay además diversos investigadores y colectivos que están elaborando metodologías específicas para estimar qué porcentaje de la enfermedad se puede atribuir a un determinado factor o al efecto combinados de factores diversos (Kay 2000; Prüs 2003).

Como un ejemplo de esas metodologías en la tabla siguiente se muestra una estimación orientativa de la carga de enfermedad atribuible a distintos factores extrasanitarios en la Unión Europea. De desarrollarse intervenciones eficaces para mejorar esos factores condicionantes negativos, intervenciones que claramente trascienden los servicios sanitarios, se conseguiría disminuir una parte importante de las enfermedades actuales en Europa, en torno al 40% de las mismas.

Tabla 2. **Proporción (%) de la carga de enfermedad que puede ser atribuida a varias causas en la Comunidad Europea**

Factor de riesgo	% atribuible de carga de enfermedad
Consumo de tabaco	9,0
Uso de alcohol	8,4
Inactividad física	4,4
Sobrepeso	3,7
Factores ambientales laborales	3,6
Deficiencia de vegetales y fruta en la dieta	3,5
Pobreza	3,1
Desempleo	2,9
Uso de otras drogas	2,4
Contenido de grasa de la comida	1,1

Fuente: Diderichsen (2000)

Por todo ello es importante que se desarrollen *políticas de salud*, teniendo en cuenta que muchas veces el impacto de una propuesta de un sector extrasanitario no es en general un impacto directo sobre la salud sino que se hace por la modificación de lo que se ha dado en llamar los factores determinantes de la salud. Así las modificaciones que una propuesta o intervención ocasionarían sobre esos factores determinantes de la salud producirían cambios en los riesgos de enfermar o de permanecer sanos, bien sea en sentido positivo o bien negativo para la salud y el bienestar.

Es clave pues identificar cómo la propuesta evaluada puede cambiar la naturaleza o magnitud de alguno o algunos de los determinantes de la salud y si esos cambios serán generales en toda la población o si se producirán efectos diferentes en subgrupos concretos de la población.

Para esa identificación de los cambios en los determinantes de la salud hay diversas herramientas y metodologías que se han abordado en profundidad en la «Guía para la evaluación del impacto en la salud de proyectos, programas o políticas extrasanitarias» (Rueda 2005).

### **La importancia de desarrollar intervenciones no centradas únicamente en la modificación de la conducta individual**

Conviene recordar que las intervenciones de promoción de salud que se pueden realizar para conseguir modificaciones en los riesgos para la salud en un sentido positivo no se limitan a las intervenciones dirigidas a la modificación voluntaria de las conductas, intervenciones estas últimas que se han centrado en aspectos educativos y de persuasión.

Además de la educación para la salud, existen muchas intervenciones que hacen que las opciones saludables sean las más fáciles o más probables, porque facilitan comportamientos saludables, disminuyen su «coste» para la persona o/y favorecen la accesibilidad a intervenciones o herramientas protectoras (Colomer 2001).

Las intervenciones pueden ser obligatorias, punitivas o de castigo, como por ejemplo las normas de tráfico que obligan al uso de cinturones o cascos, o los castigos por conducir bajo el efecto de sustancias psicoactivas, o las limitaciones de velocidad. Están iniciativas como las prohibi-

ciones legales de publicidad de determinados productos (tabaco, alcohol), bien generales, bien en diversos ámbitos específicos como las publicaciones dirigidas a los niños o en franjas horarias tempranas en la televisión.

Hay también intervenciones que plantean mejoras en el entorno, tales como leyes de protección medioambiental o de seguridad alimentaria. Pueden ser medidas como acuerdos con la industria alimentaria para que disminuyan los contenidos calóricos o los compuestos menos saludables en sus productos.

Estarían las mejoras en la capacidad adquisitiva de grupos desfavorecidos, o las medidas de protección y ayuda a colectivos marginados. Las leyes que regulan la jornada laboral máxima y los salarios mínimos son pieza clave para proteger el descanso y el derecho al ocio y poner límites a situaciones de explotación.

Pueden ser medidas en el entorno urbano para hacerlo más seguro y saludable. Pueden ser diseños urbanísticos que favorezcan la socialización y la integración social, pensados para las personas, para las distintas actividades de la vida diaria.

Están también las políticas integrales de igualdad, que abordan desde aspectos de participación e integración de las mujeres en todos los aspectos de la vida social a medidas específicas de protección frente a la violencia de género.

En el campo del abuso en el consumo de drogas pueden ser políticas de restricción de consumo de tabaco en lugares cerrados y/o políticas de garantizar acceso legal a drogas para garantizar su pureza y minimizar daños.

Las intervenciones mencionadas son sólo algunas de las múltiples que intentan que las situaciones y conductas saludables sean más fáciles y más probables que las contrarias. Todas ellas se encuadran en lo que se ha dado en denominar como *políticas de salud*, esto es las políticas o intervenciones extrasanitarias cuyo objetivo es proteger y promocionar la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

### **Unos ejemplos de aplicación del modelo de los determinantes de la salud**

Si queremos mejorar la salud en general y en concreto por ejemplo de las enfermedades cardio-

vasculares, podemos concluir que hay un problema de sedentarismo y de mala alimentación, por exceso de ingesta calórica y desequilibrios en la ingesta de distintos productos y compuestos. Siendo ese análisis correcto de poco nos sirve si no se analizan cuales son los determinantes sociales del sedentarismo y de la mala alimentación.

Las circunstancias sociales del mercado de trabajo hacen que muchas personas realicen una parte importante de su alimentación fuera del hogar. En esos casos la capacidad de elección está muy condicionada y limitada por cuestiones de accesibilidad, tanto geográfica como económica. Una parte importante de la epidemia de obesidad que azota los Estados Unidos de América se debe a la proliferación de restaurantes de comida rápida con menús hipercalóricos y desequilibrados (Chou 2004; Maddock 2004), que promocionan eficazmente a la «comida basura», por su facilidad de acceso y por su precio y disponibilidad.

Debemos preguntarnos también por qué algunas personas consumen más calorías de las necesarias, por qué no realizan ejercicio, y por qué su dieta no es equilibrada. Simplificar las cosas limitándonos a enfocar nuestra actividad a la difusión y explicación de qué dieta es la adecuada, puede servir para tranquilizar algunas conciencias («ya hemos cumplido con nuestra obligación de informar», «la decisión y la responsabilidad está en cada persona»), pero casi con seguridad tenga muy poco impacto real en la modificación de conductas y en la protección y promoción de la salud.

Igualmente el sedentarismo tiene mucho que ver con las circunstancias individuales, circunstancias

que en última instancia son socialmente determinadas. Es difícil, por no decir imposible, que una persona que trabaja 48 horas a la semana en un trabajo que exija poca movilidad, que necesita además de una a dos horas para ir de su domicilio al trabajo y que llega cansada y tarde al hogar, saque tiempo para realizar alguna actividad deportiva o simplemente pasear. Más difícil aún si su vivienda no está cerca de entornos agradables y seguros para el paseo o está en una zona sin instalaciones deportivas o que si existen le resultan caras para su nivel de ingresos. Insistir a esa persona para que modifique su «conducta» poco saludable es injusto, porque le generará más insatisfacción, y seguramente ineficaz para modificar esa situación que está fuera de su control.

Si analizamos otro tema como son los planes encaminados a la erradicación de los accidentes de tráfico desarrollados en algunos países del norte de Europa, que tienen como objetivo conseguir cero accidentes, veremos que incluyen medidas enfocadas a la modificación de las conductas individuales, voluntarias u obligatorias, incentivos y castigos, junto a medidas encaminadas a la mejora de las infraestructuras y de la seguridad activa y pasiva de los vehículos y la promoción del transporte público, por citar algunas.

Por separado ninguna de esas medidas conseguiría el objetivo propuesto, y todas ellas son necesarias si queremos lograr un impacto relevante a nivel poblacional.

En la tabla 3, basada en Green (2002) se muestran para cuatro importantes factores de riesgo para la salud, algunos de las circunstancias que influyen sobre las conductas o comportamientos.

**Tabla 3. Algunas circunstancias que se conoce o sospecha que influyen sobre cuatro importantes factores de riesgo para la salud ligados a la conducta**

Consumo de tabaco	Costumbres alimentarias	Uso/abuso de alcohol	Inactividad física
Conocimiento de los efectos perjudiciales	Preferencias personales	Expectativas sobre los efectos del alcohol	Creencias sobre los beneficios de la actividad física
Actitudes ante el tabaco	Preferencias culturales	Padre o madre alcohólico@	Actitudes acerca de la actividad física
Habilidades para el abandono/prevenición del consumo	Aceptación social percibida de los alimentos	Estrés psicológico	Automotivación
Precio de los cigarrillos	Contexto social en la comida	Baja autoestima	Autodisciplina
Publicidad	Accesibilidad y facilidad de consumo	Experiencia de bebida en edad temprana	Accesibilidad a instalaciones deportivas
Influencias de «iguales» o de grupo	Habilidades en planificación de menús	Consumo «social» alto	Habilidades para prevenir el abandono de la actividad
Apoyo social para no fumar	Habilidades en preparación de comidas	Influencias de padres y amigos	Habilidades para marcarse objetivos
	Habilidades en la selección de los alimentos y comidas	Publicidad	Disfrute de la actividad física
	Publicidad	Coste del alcohol	Apoyo familiar
		Accesibilidad	
		Supervisión del consumo	

Fuente: Green (2002)

A continuación pasamos a describir varias teorías centradas en el análisis del comportamiento individual.

#### 4.1.2. El modelo de creencias de salud

Éste fue uno de los primeros modelos desarrollados específicamente para entender y explicar los comportamientos relacionados con la salud. Este modelo presta una atención preferente al papel de la percepción o creencia individual acerca de su vulnerabilidad para una enfermedad que amenaza su salud y acerca de las acciones que puede realizar para prevenir esa amenaza y evitar la posible enfermedad.

El Modelo de Creencias en Salud se basa en la creencia de que el comportamiento relacionado con la salud está determinado por:

- (1) Si la persona se considera susceptible de sufrir un problema de salud,
- (2) considera que ese es un problema de salud grave o relevante,
- (3) está convencida de que actividades de tratamiento o prevención le reportarán beneficio,
- (4) los potenciales beneficios superan los costes o barreras para la acción, y

- (5) reconoce la necesidad de actuar.

La necesidad de actuar está influenciada por distintas variables que afectan la percepción individual y como resultado influyen su comportamiento. Entre estos factores están el nivel educativo, características culturales, experiencias personales, el género y el estatus económico. Esas variables influyen también en nuestra percepción de la susceptibilidad, la severidad del riesgo, el beneficio y las barreras para el mantenimiento o cambio del comportamiento.

Según este modelo, aplicado por ejemplo para que se produzca la modificación de estilos de vida que exigen cambios a largo plazo, la persona tiene que sentirse amenazada por su patrón de conducta previa o actual (amenaza percibida = susceptibilidad + severidad) y debe creer que el cambio de conducta necesario tendrá un resultado deseable y lo hará a un coste aceptable. Se requiere además un alto grado de confianza en uno/a mismo/a en que se va a ser capaz de superar las barreras que dificultan realizar la conducta más saludable y para mantenerla.

En la tabla 4, tomada de Janz (2002) se presentan los conceptos bases de este modelo, se definen los mismos y se plantean aplicaciones prácticas derivadas de ellos y de utilidad a la hora de planificar actividades de promoción de la salud.

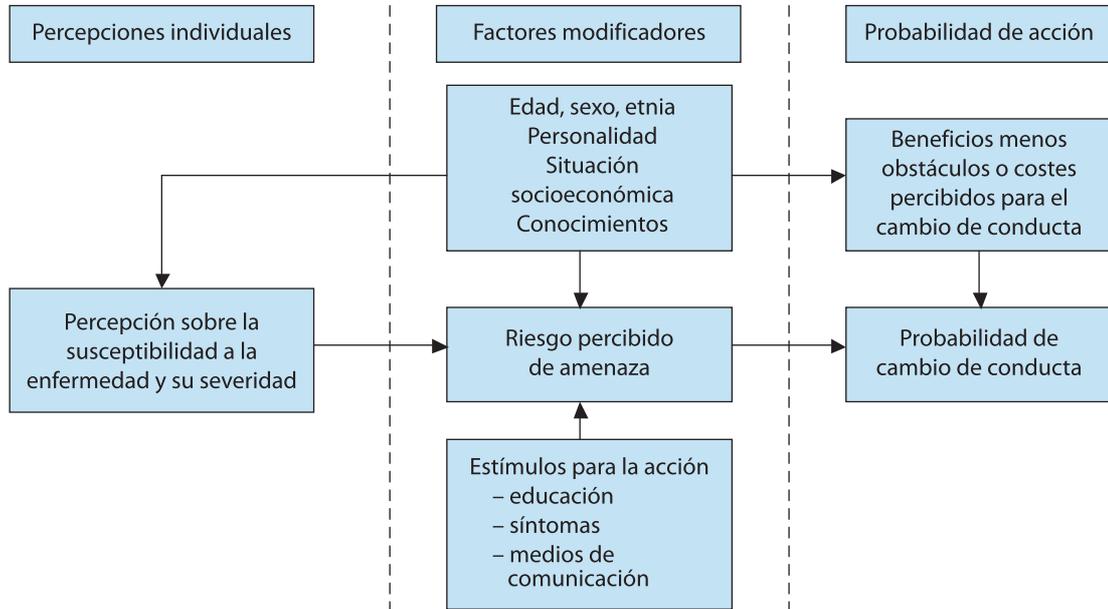
Tabla 4. Conceptos claves y definiciones del Modelo de Creencias en Salud

Concepto	Definición	Aplicación y/o tarea
Susceptibilidad percibida	La creencia personal acerca de la probabilidad de que nos suceda algo	Definir población de riesgo y niveles de riesgo Estimar riesgo personalizado basándose en las características o comportamiento personal Hacer que la sensibilidad percibida sea más consistente con el riesgo real
Severidad percibida	Creencia personal acerca de la gravedad de una condición o sus secuelas	Informar de las consecuencias del riesgo y la condición
Beneficios esperados percibidos	Creencia individual acerca de la eficacia de la acción propuesta para reducir el riesgo o la gravedad de la condición	Definir la acción necesaria: como, donde, cuando; clarificar los efectos positivos esperables
Barreras percibidas	Creencia individual acerca de los costes tangibles y psicológicos de la acción propuesta	Identificar y reducir las barreras percibidas por medio de reafirmación, corrección de información incorrecta, incentivos, asistencia
Estímulos para la acción	Estrategias para activar la disposición individual al comportamiento deseado	Proporcionar información sobre como hacerlo, promover la conciencia, emplear sistemas de recuerdo
Auto control (eficacia personal)	Confianza en uno mismo respecto a la capacidad de realizar la acción propuesta	Proporcionar entrenamiento y guía al realizar la acción Establecer objetivos progresivos Dar refuerzo verbal Ejemplificar los comportamientos deseados Reducir la ansiedad

Fuente: Janz (2002)

En la figura 1, basada también en Janz (2002), se resumen gráficamente los componentes de este modelo y las interrelaciones entre ellos.

Figura 1. Modelo de Creencias de Salud. Componentes y relaciones entre ellos



Fuente: Janz (2002)

#### 4.1.3. La teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada

La Teoría de la Conducta Planificada (TCP) es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada (TAR). Una descripción detallada de las mismas se puede encontrar en Montaña (2002).

Ambas teorías se centran en los factores motivacionales individuales, a los que consideran determinantes de la probabilidad mayor o menor de que se realice una determinada conducta. Asumen que todas las demás variables, tales como las demográficas o ambientales, operan a través de las variables definidas en el modelo y que no contribuyen de manera independiente a explicar la probabilidad de una determinada conducta.

Estas teorías asumen que las personas se comportan de manera racional y que hacen uso de la información que tienen para llevar a cabo una conducta y que el determinante más importante, el que mejor explica o predice una determinada conducta, es la *intención de conducta*.

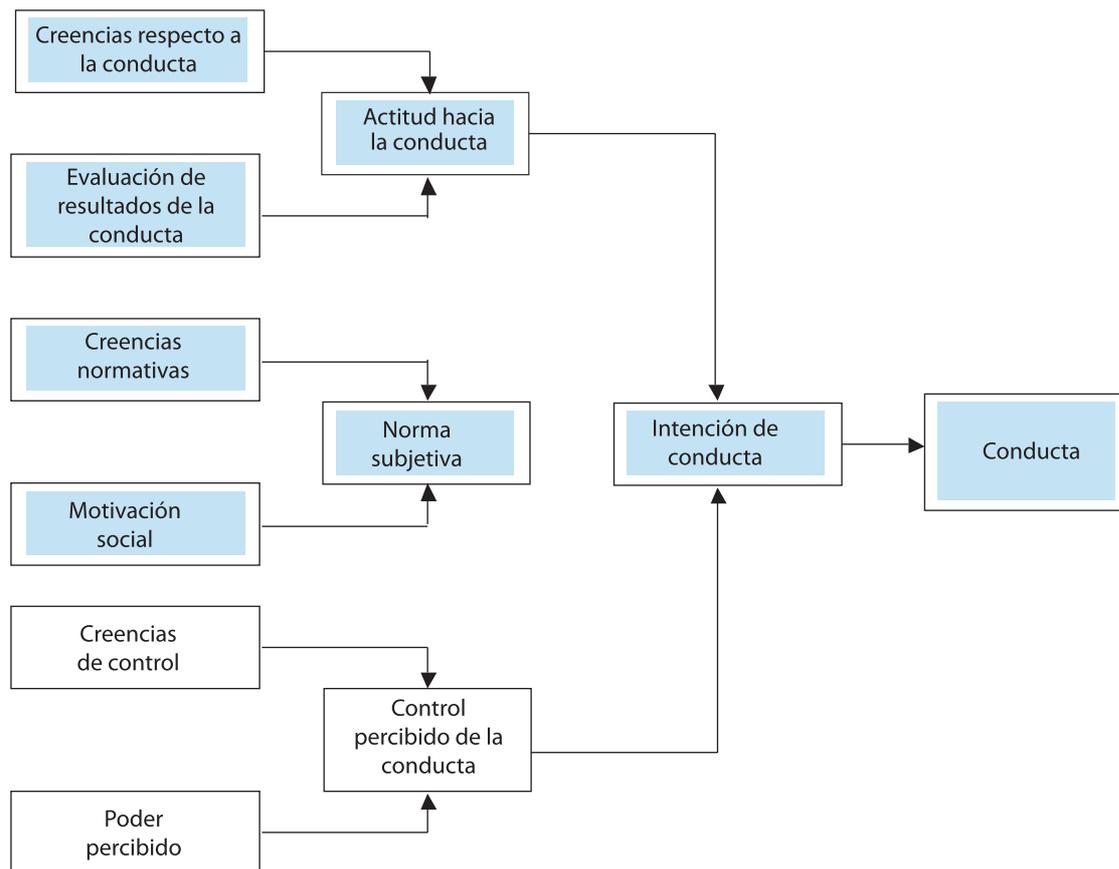
Si una persona cree que el resultado de una conducta será una experiencia positiva, que será va-

lorado de forma positiva por otras personas y que no es difícil de hacerse, es más probable que esa persona realice esa conducta. La intención de realizar una determinada conducta está además determinada o influenciada por normas sociales, por la percepción sobre lo que otras personas que estiman o valoran esperan que él o ella haga en una determinada situación.

El *control conductual* puede ser visto como un continuo, donde en unos casos se ejerce un control total, ejemplo pasear o no, pero en otros casos es más difícil, como ocurre con las distintas conductas adictivas. El *control percibido* estaría determinado por las *creencias de control*, relacionadas con la presencia o ausencia de facilitadores o barreras para la conducta, y con el *poder percibido*, o peso o impacto de cada factor que facilita o obstaculiza la conducta.

En la figura 2 se presenta de manera gráfica las distintas variables de esas dos teorías. Las variables en cuadros sombreados están incluidas en ambas, mientras que las demás, relacionadas con el control y el poder percibido son incorporaciones de la Teoría de la Conducta Planificada.

Figura 2. Teoría de la Acción Razonada y Teoría de la Conducta Planificada



Fuente: Montaña (2002)

#### 4.1.4. El modelo transteorético de las etapas de cambio

Este modelo utiliza las etapas de cambio para integrar procesos y principios descritos en distintas teorías, de ahí la denominación de transteorético. Según Prochaska (2002), uno de sus principales valedores, intenta integrar de manera sistemática aportaciones fragmentarias de distintas teorías de la psicoterapia.

Este modelo se basa en la asunción de que el cambio de conducta es un proceso y que los individuos están a distintos niveles de motivación o disponibilidad para cambiar de conducta. Por ello, los métodos a usar para conseguir un determinado cambio de conducta no pueden ser genéricos o universales, porque las personas no están todas en las mismas etapas.

El modelo identifica cinco etapas o niveles:

**Precontemplación.** Sin interés en modificar la conducta en el futuro cercano, seis meses a efec-

tos de esta teoría. (Ejemplo: fumadores que no tienen interés en dejar de fumar en los próximos meses, por no ser conscientes de los daños potenciales para la salud o que no lo consideran un problema, o aquellos que han intentado dejarlo sin éxito).

**Contemplación.** Piensa cambiar de conducta alguna vez. (Ejemplo: fumadores que saben que fumar es malo para ellos y piensan que deberían dejarlo, pero no están dispuestos a hacerlo aún).

**Preparación.** Tiene tomada la decisión de modificar su conducta y están mentalizándose para ello pero sin confianza suficiente para empezar el proceso. (Ejemplo: fumadores que tienen intención de dejar de fumar el próximo mes).

**Acción.** Realizando modificaciones en su estilo de vida y conducta. (Ejemplo: fumadores que están cambiando su conducta, disminuyendo el número de cigarrillos para luego no fumar ninguno).

**Mantenimiento.** Manteniendo la conducta a lo largo del tiempo. (Ejemplo: fumadores que llevan seis meses sin fumar sin recaer).

Habría una sexta etapa, la de *Terminación*, que sería la etapa en que la persona no sucumbe a la tentación y tiene un total autocontrol. (Ejemplo: ex-fumador que lleva muchos años sin fumar y que no recaer en ninguna situación personal o social).

Según el modelo cada persona se mueve entre las diferentes etapas hasta llegar a cambiar su conducta, por lo que es clave identificar el nivel en que se encuentra un individuo o un grupo.

El modelo asume que la dirección no es siempre en un sentido, así una persona puede incluso retornar a una etapa previa, ejemplo ex-fumadores que vuelven a recaer.

Las distintas etapas están entrelazadas por medio de procesos de cambio, lo que nos permite entender como se produce el paso entre etapas.

Según este modelo, tienen una importancia grande los que denominan *procesos de cambio*, que son actividades que las personas utilizan para progresar entre las distintas etapas y proporcionan guías importantes para los programas de intervención en promoción de salud. Según esta teoría, en cada etapa deberán utilizarse diferentes procesos y estrategias diferentes.

En la tabla 5, tomada de Prochaska (2002), se enumeran los diez procesos de cambio para los que existe mayor base empírica.

Los cinco primeros procesos estarían relacionados con los procesos cognitivos o experienciales y los últimos con la gestión del cambio de conducta.

Tabla 5. **Etapas de cambio y procesos cognitivos y conductuales**

Etapas	Procesos	Determinantes
Precontemplación	1. Aumentar Concienciación 2. Ayudas dramatizadas 3. Reevaluación del ambiente	Conciencia Actitudes Severidad / vulnerabilidad
Contemplación	4. Autoevaluación	
Preparación	5. Autoliberación	
Acción	6. Gestión del refuerzo 7. Relaciones que ayuden 8. Contracondicionamiento 9. Control de estímulos	Autocontrol (self-efficacy) Normas subjetivas Influencia social
Mantenimiento	10. Liberación social	

Fuente: Prochaska (2002)

El proceso de *aumentar la conciencia* busca aumentar la comprensión acerca de las causas, consecuencias y remedios para una determinada conducta problemática. Intervenciones en este sentido incluyen *feedback*, confrontaciones, interpretaciones, biblioterapia y campañas en medios de comunicación.

La *ayudas dramatizadas* son técnicas que pueden mover emocionalmente a las personas. Ejemplos de estas técnicas son el psicodrama, los juegos de roles, los testimonios personales y las campañas en medios de comunicación.

La *autoevaluación* combina tanto evaluaciones cognitivas como afectivas de la autoimagen con y sin un hábito no saludable específico. La clarificación de valores y los modelos de conducta

saludables son técnicas que puedan ayudar a las personas a evaluarse.

La *reevaluación del ambiente* combina tanto evaluaciones cognitivas como afectivas en relación a como la presencia o ausencia de una conducta afecta el medio social en que nos desenvolvemos. Puede incluir la conciencia de que se puede servir de rol o modelo para otras personas. El entrenamiento de la empatía, documentales e intervenciones familiares pueden ayudar en esas reevaluaciones.

La *autoliberación* incluye por un lado la creencia en que se es capaz de cambiar y el compromiso de que se va a actuar de acuerdo a ello. Los buenos propósitos de primeros de año («este año dejo de fumar»), los testimonios públicos, más aún combi-

nadas como intervenciones múltiples, pueden reforzar la decisión de modificar una conducta.

Las *relaciones que ayudan* combinan cariño, confianza, apertura de miras y aceptación, con apoyo para la conducta saludable. Técnicas para construir relaciones, la alianza terapéutica, llamadas del consultor o consultora y los sistemas o redes de amigos y familiares pueden ser fuentes de apoyo social.

El *contracondicionamiento* requiere el aprendizaje de conductas saludables que pueden sustituir la conducta problemática. El relajamiento, la autoafirmación, la desensibilización, los sustitutos (ej. los chicles de nicotina) y las autoafirmaciones positivas son estrategias de sustitutos más saludables que la conducta problemática.

La *gestión de situaciones (contingency management)* proporciona orientaciones para tomar acciones en una dirección particular. Aunque puede incluir el uso de castigos, las personas que cambian en la dirección positiva suelen utilizar más los premios e incentivos positivos. Los contratos, el reconocimiento grupal y los refuerzos son herramientas en este sentido.

El *control de estímulos* consiste en quitar o evitar estímulos para el comportamiento no saludable y añadir estímulos para la conducta más saludable. La evitación, la reingeniería del medio social y los grupos de autoayuda pueden proporcionar estímulos que apoyan y refuerzan el cambio y reducen el riesgo de recaída.

La *liberación social* requiere el aumento de las oportunidades y alternativas sociales, especialmente para personas que están en inferioridad social u oprimidas. La defensa de derechos, los procedimientos de empoderamiento y las políticas adecuadas pueden proporcionar oportunidades crecientes para la promoción de la salud de minorías o de personas marginadas o desfavorecidas socialmente. Las áreas libres de tabaco, platos de ensaladas o verduras y en general menús saludables en comedores estudiantiles o escolares o el acceso fácil a condones son algunas de esas intervenciones.

Prochaska (2002) da un ejemplo detallado de la aplicación de esta teoría en estrategias poblacionales para promover el dejar de fumar.

Los programas poblacionales de dejar de fumar requieren intervenciones que lleguen o recluten altos porcentajes de fumadores. Prochaska (2002) participó en dos programas poblacionales con unos 5.000 fumadores en cada estudio, que fueron localizados y contactados por carta o teléfono y reclutaron fumadores en distintas etapas para realizar con ellos intervenciones específicas para cada etapa en la que se encontrarán. Para cada una de las cinco etapas entre las intervenciones disponían de manuales de autoayuda, informes individualizados de feedback por ordenador basados en evaluaciones de pros y contras, procesos de cambio, auto control y tentaciones, y protocolos para el consejero basados en informes de ordenador.

Usaron pues un *enfoque proactivo*, ya que no esperaron a que los fumadores buscaran ayuda, y consiguieron tasas de participación del 80 al 85%. Tales tasas de reclutamiento proporcionan un potencial para conseguir resultados importantes en la población de fumadores.

El impacto en la población depende de la tasa de participación y de la tasa de eficacia de acción de cambio de conducta. Si un programa produjera una eficacia del 30%, por ejemplo abstinencia a largo plazo parece que sería más deseable que otro que sólo consiguiera el 25% de abstinencia. Pero un programa que genere una eficacia del 30% y una participación de sólo el 5% tiene sólo un impacto del 1,5%, mientras que un programa de una eficacia del 25% pero con una participación del 60% tendría un impacto del 15% de la población, esto es diez veces mayor.

De este planteamiento se derivan importantes ideas:

1. A la hora de planificar programas o actividades de promoción de salud es más importante tener en cuenta el impacto poblacional que la eficacia aislada en un grupo escogido.
2. Es muy importante tener en cuenta la aceptabilidad de las propuestas de intervención.
3. Para conseguir impactos poblacionales relevantes deben plantearse iniciativas proactivas, de buscar e ir a la población afectada en su conjunto.

Asimismo, es lógico pensar que deben plantearse intervenciones específicas diferentes para personas en diferentes etapas, ajustándose los procesos de cambio a las distintas etapas. Es más, algunas intervenciones que pueden ser eficaces en una determinada etapa avanzada pueden ser contraproducentes en otras etapas más tempranas, produciendo rechazo o resistencia en quienes estén en etapa de precontemplación.

Por ejemplo, a la hora de evaluar estas intervenciones no sólo debe evaluarse el efecto final de modificar o no la conducta, el progreso debe medirse también en relación a la etapa en la que se encontraban las personas en el momento de iniciar las intervenciones. Así en las intervenciones individualizadas, como la consulta con un profesional, deben establecerse objetivos relacionados con la etapa en que se inicia la intervención. Los profesionales deben tener estrategias dirigidas a aquellos que se encuentran en etapas iniciales, no únicamente para quienes quieren cambiar de conducta.

Es importante, tanto para el fumador como para el profesional detectar y reconocer los avances entre etapas aunque no se produzca el cambio de conducta. De esa manera se evitará el pesimismo en ambos. Los cambios de conducta requieren plazos largos de tiempo y a veces han de establecerse objetivos por etapas y parciales,

como aumentar la concienciación y hacer sentir la necesidad del cambio de conducta, o objetivos como retrasar el primer cigarrillo del día o el número total de cigarrillos que se fuman. Esos logros aumentan la autoestima, la confianza y la percepción de autocontrol.

#### 4.1.5. El modelo del proceso de precaución-adopción

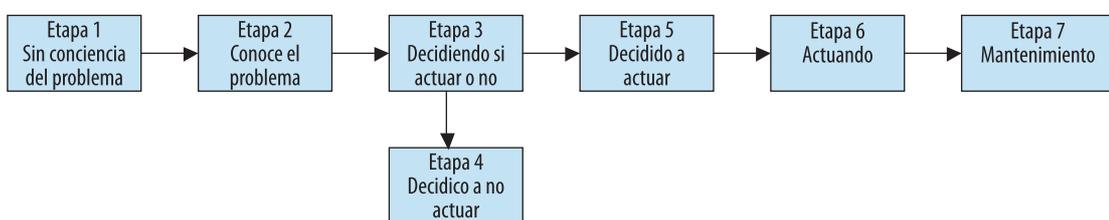
Este modelo se ha aplicado principalmente a conductas de salud de tipo puntual, por ejemplo vacunarse o realizarse pruebas de cribado, que al gradual desarrollo de conductas habituales del tipo de la dieta o el ejercicio.

La adopción de una nueva conducta más saludable o el abandono de una conducta de riesgo requiere que hagamos acciones deliberadas.

El objetivo de este modelo es explicar como una persona llega a la decisión de tomar una determinada acción y cómo traslada esa decisión a la acción, y se centra en los procesos psicológicos dentro de las personas (Weinstein 2002).

Por ello, las etapas previas a la acción son definidas en relación a los estados mentales que parecen ser importantes. Se identifican siete etapas que van desde la falta de conciencia sobre un tema a la acción mantenida, etapas que se representan en la figura 3, tomada de Weinstein (2002).

Figura 3. Etapas del modelo del proceso de precaución - adopción



Fuente: Weinstein (2002)

En un momento inicial la persona no es consciente de que exista un problema (etapa 1). Cuando llega a conocer que existe un problema, toma conciencia del mismo, pero no están necesariamente preocupados o interesados en el tema (etapa 2). En la etapa 3, se plantea la necesidad de decidir acerca del problema, pudiendo concluir en una de las dos posibles opciones: bien decide no actuar, al menos por el momento (etapa 4) o

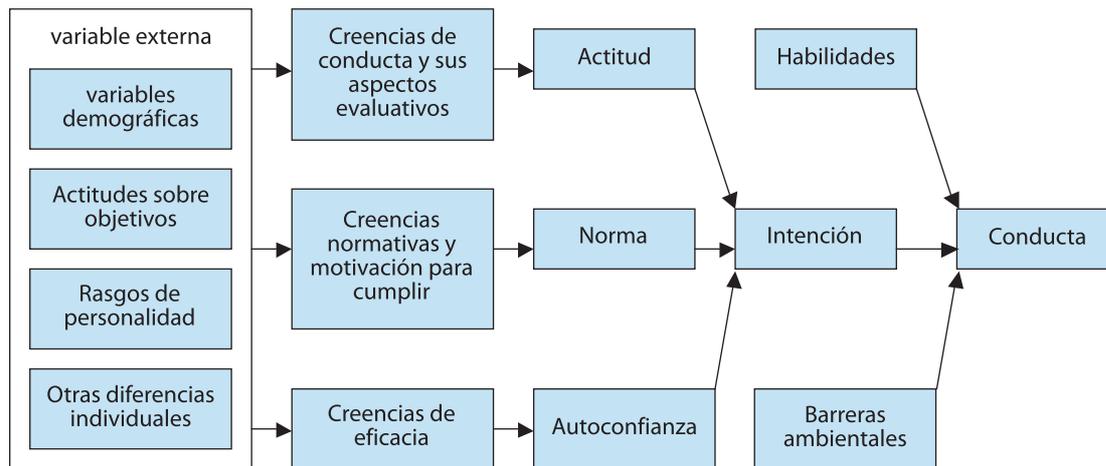
decide adoptar la etapa de precaución (etapa 5), para luego adoptar la nueva conducta o cambiar la conducta no saludable por otra más saludable (etapa 6). La etapa 7, cuando es relevante por ser necesario que la conducta saludable se repita en el tiempo, es la de mantenimiento.

Fishbein (2000) propuso un modelo integrador, que se muestra en la figura 4, que incluiría la ma-

yoría de variables incluidas en los modelos previos, más alguna relacionada con la influencia

social que abordaremos en los apartados siguientes.

Figura 4. Un modelo integrador



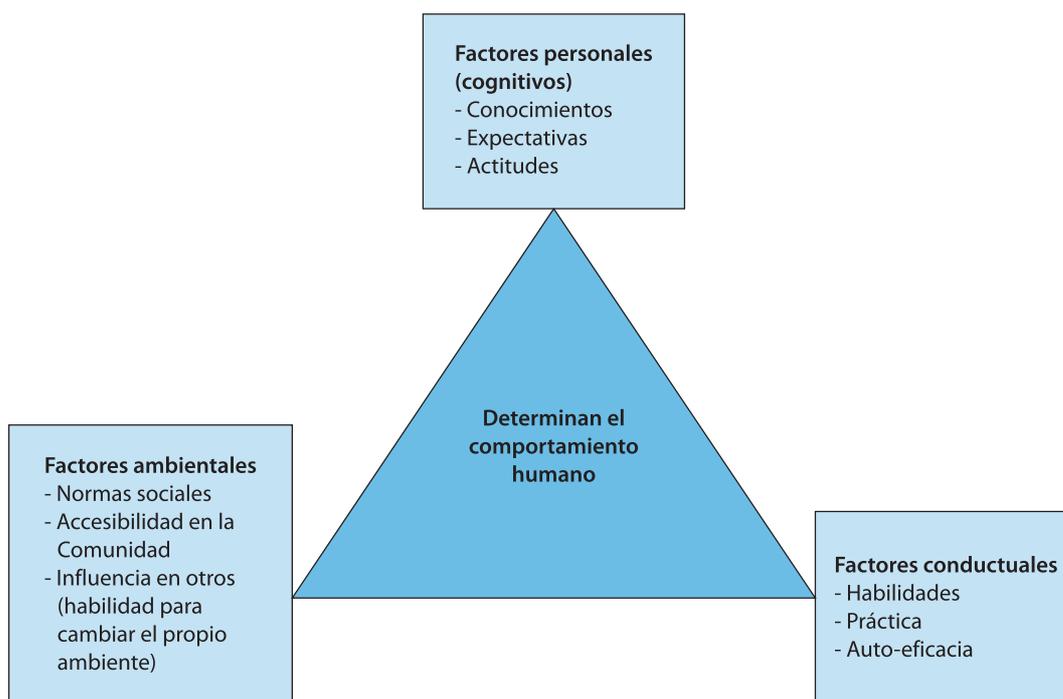
Fuente: Fishbein (2000)

En los apartados siguientes pasamos a abordar teorías o modelos que prestan más atención a la influencia de los aspectos interpersonales en el comportamiento relacionado con la salud. Pasamos en primer lugar a describir de manera somera la denominada teoría del aprendizaje social.

#### 4.1.6. La teoría del aprendizaje social

Esta teoría, también denominada teoría cognitivo social, basada fundamentalmente en las propuestas de Bandura, afirma que la conducta humana se explica por un modelo triádico, dinámico y recíproco en el cual la conducta, los factores personales o cognitivos y las influencias del medio social interaccionan entre sí simultáneamente.

Figura 5. Determinantes del comportamiento según la teoría del aprendizaje social



Fuente: Bandura (1997)

En la tabla 6, tomada de Baranowski (2002) se muestran los principales conceptos de esta teo-

ría, así como aplicaciones concretas de mejora en cada área.

Tabla 6. Conceptos principales de la Teoría del Aprendizaje Social e implicaciones para la intervención

Concepto	Definición	Implicaciones
Medio ambiente	Factores físicamente externos a la persona.	Proporcionar oportunidades y apoyo social.
Situación	Percepción personal del medio.	Corregir interpretaciones erróneas y promover normas saludables.
Capacidad conductual	Conocimiento y habilidad para realizar una conducta concreta.	Promover el aprendizaje por medio del entrenamiento de habilidades.
<i>Expectations</i> Expectativas de resultado	Resultados esperados de una conducta.	Modelizar resultados positivos de la conducta saludable.
<i>Expectations</i> Expectativas de valor	El valor que cada persona pone en el resultado de una conducta, incentivos.	Presentar resultados de cambio que tengan sentido funcional.
Auto-control	Regulación o control personal de la conducta dirigida a un objetivo.	Proporcionar oportunidades para la toma de decisiones, la autoevaluación, el establecimiento de objetivos, la solución de problemas, y la auto-gratificación.
Aprendizaje por observación	Conducta adquirida por observación de conducta de otras personas y sus resultados.	Incluir modelos de roles creíbles para la conducta deseada.
Refuerzos	Respuestas a una conducta que refuerzan o disminuyen la probabilidad de ocurrir esa conducta.	Promover premios e incentivos sugeridos por la propia persona.
Auto-eficacia	La confianza de la persona en realizar esa conducta y en superar las barreras para esa conducta.	Enfocar el cambio de conducta en pequeños pasos para asegurar el éxito; buscar especificidad acerca del cambio buscado.
Respuestas emocionales ( <i>emotional coping responses</i> )	Estrategias o tácticas usadas por una persona para afrontar estímulos emocionales.	Proporcionar entrenamiento en la solución de problemas y gestión del estrés; incluir oportunidades para practicar las habilidades en situaciones que despiertan emociones.
Determinismo recíproco	La interacción dinámica entre la persona, la conducta y el medio que la conducta se realiza.	Considerar distintas opciones para el cambio de conducta, incluyendo el cambio ambiental, de habilidades y personal.

Fuente: Baranowski (2002)

Según Lewis (2002) el concepto de auto-eficacia sería central en esta teoría. La auto-eficacia predeciría: la iniciación de comportamientos relacionados con la salud, incluso en condiciones adversas; la continuación de la conducta buscada, incluso en condiciones de fracaso; y el mantenimiento de comportamientos complejos relacionados con la salud, incluso en condiciones de estrés.

Según esta teoría, la percepción de la autoeficacia puede modificarse por medio de cuatro mecanismos: consecución de cambios graduales de comportamiento (*performance enactment*), experiencia sustitutiva (*vicarious experience*),

persuasión y minimización de la respuesta emocional (*minimizing emotional arousal*).

Para Lewis (2002) el método más efectivo y consistente sería la consecución de cambios graduales en el comportamiento. Las intervenciones eficaces implican a las personas en experiencias estructuradas y exitosas en la consecución de logros graduales, de manera que la propia persona autoevalúa sus logros, y también otras personas evalúan y reconocen esos logros, lo que conlleva un aumento en la percepción de auto control y autoeficacia a la hora de conseguir los objetivos de cambio de comportamiento.

Esta estrategia implica establecer objetivos con-  
seguibles para cada persona y proveerle de eva-  
luaciones positivas. Por ejemplo, este enfoque ha  
sido utilizado de manera eficaz en intervenciones  
para promocionar el ejercicio físico. Es más posi-  
tivo que a alguien con una vida totalmente seden-  
taria se le planteen objetivos graduales y conse-  
guibles, porque ello reforzará su concepto de auto  
eficacia y posibilitará cambios de comportamien-  
to en la dirección saludable. Poco se conseguiría si  
se insistiera desde el comienzo que tienen que an-  
dar todos los días de la semana un mínimo de 2 ki-  
lómetros, por ejemplo. Ese puede ser el deseable  
objetivo final, pero cambios de conducta que no  
lleguen al objetivo «ideal» pueden suponer mejo-  
ras importantes y ser más fáciles de conseguir y  
mantener por muchas personas.

#### 4.1.7. La teoría de la difusión de innovaciones

Una vez que una intervención innovadora es de-  
sarrollada y se ha comprobado su efectividad no  
se debe dar por supuesto que su extensión y  
aceptación general ocurrirán de manera auto-

mática. Por el contrario, es bastante común que  
intervenciones eficaces no se usen más que por  
los investigadores que las desarrollan y que ten-  
gan poca o nula aceptación en otros medios.

Si nuestro objetivo es conseguir amplios impac-  
tos poblacionales es muy importante prestar  
atención a los aspectos relacionados con la difu-  
sión activa, generalización y mantenimiento del  
uso de las intervenciones eficaces.

En la tabla 7, basada en Oldenburg (2002), se  
describen los conceptos y etapas claves de la te-  
oría de la innovación.

Si utilizáramos el ejemplo de la difusión de un  
material y una metodología de educación sanita-  
ria sobre el SIDA y el VIH en centros escolares, la  
*diseminación* se referiría a la transferencia de in-  
formación a los usuarios potenciales (los profes-  
ores de los centros), la *adopción* sería la intención  
de los profesores de usar la innovación (el mate-  
rial de educación sanitaria), la *implementación* se-  
ría el uso de los materiales con los alumnos, y la  
*continuación o mantenimiento* se referiría al uso a  
largo plazo de ese material y metodología.

Tabla 7. **Conceptos claves de la teoría de la difusión de la innovación**

Innovación	Es una idea, una práctica o un objeto que es percibida como nueva por una persona o una unidad de decisión.
Difusión	Proceso por medio del cual una innovación es transmitido durante un tiempo por determina- dos canales entre miembros de un sistema social, con el objetivo de maximizar la exposición y alcance de innovaciones, estrategias o programas. Implica cinco etapas que se detallan en los puntos siguientes.
Desarrollo de innovaciones	Incluye todas las decisiones y actividades que ocurren desde las etapas iniciales de una idea hasta su desarrollo y producción. Personas del grupo diana deben jugar un papel clave a la hora de identificar la audiencia diana, contribuir al desarrollo de la intervención y evaluar su contenido, diseño y presentación. Las estrategias promocionales y diseño del producto son aspectos críticos en esta etapa. Varios modelos pueden ser de gran utilidad en esta etapa, tales como el marketing social, el Precede- Procede o el del Mapeo de Intervenciones.
Diseminación	Es un enfoque activo de transferencia del conocimiento del sistema de producción del recurso hasta el sistema de usuarios. Implica la identificación de los canales de comunicación y siste- mas más útiles para la difusión de una innovación a una determinada población diana.
Adopción	Se refiere a la aceptación y utilización del programa por parte de la población diana. En esta etapa varios aspectos requieren especial atención: las necesidades de los futuros adoptadores de la intervención, qué factores incrementan la probabilidad de adopción de la innovación, cómo los potenciales usuarios pueden ser influenciados para que cambien su comportamien- to, qué barreras existen para la adopción de la innovación y cómo pueden ser superadas.
Implementación	Se refiere al uso inicial en la práctica de un programa. En este caso es clave mejorar la percep- ción de auto-eficacia y de las habilidades de quienes puedan adoptar la innovación, así como animar a probarla. Puede ser de gran utilidad el uso de agentes que faciliten la implementa- ción del programa, facilitando entrenamiento, solucionando problemas que surjan, y contes- tando las preguntas que se vayan planteando.
Mantenimiento	Es la continuación del programa o el uso continuado de la innovación.

Fuente: Oldenburg (2002)

#### 4.1.8. El marketing social

El marketing social es la aplicación de los principios y técnicas del marketing comercial para la consecución de objetivos de tipo social. Las técnicas de marketing social se han empleado para persuadir a la gente a utilizar métodos de planificación familiar, fomentar prácticas nutricionales saludables, promocionar el aprendizaje de la lectura y la escritura, la inmunización infantil, o el uso de condones, entre otros objetivos.

Distintas definiciones del marketing social en general suelen describir bien los componentes de los programas de marketing social bien las etapas o puntos de decisión claves en el proceso de marketing social.

Según Kennedy (2002) el marketing social puede ser considerado un proceso de planificación estratégica y de implementación que tendrá cinco etapas:

1. Realización de un estudio sobre la población diana.
2. Segmentación, uso de los resultados del estudio para dividir la población objetivo en

segmentos con características similares y elaboración de mensajes específicos a medida de cada segmento.

3. Identificación de los costes y beneficios del producto o comportamiento deseado, desde el punto de vista del consumidor o usuario, y elaboración de mensajes que minimicen costes y promocionen los beneficios, para así crear la percepción de beneficio en el cambio o mantenimiento de conducta.
4. Uso del análisis de las «4 Ps» de los planes de la campaña de marketing, teniendo en cuenta el atractivo del *producto*, la asequibilidad y razonabilidad percibida del *precio* o sus costes no monetarios, la facilidad o conveniencia en la accesibilidad al producto y su localización (*placement*), y los mejores canales y mensajes a usar para la *promoción* del producto en la población diana.
5. Revisión las intervenciones tras la evaluación continuada de percepción y aceptación por las personas o grupos diana.

En la tabla 8 se presentan los conceptos básicos del marketing social.

Tabla 8. Conceptos del marketing social

Concepto	Definición	Aplicación
Realización mutua del interés individual	Creación de un intercambio entre la organización que lanza el producto y la población diana, que mejore los intereses de ambos.	Crear un cambio de conducta entre las personas del grupo diana por medio del desarrollo de oportunidades, para promover su interés de manera que sea compatible con la misión de la organización que lanza el producto.
Orientación hacia el consumidor	Uso de información para comprender la población diana y poder desarrollar ofertas que respondan a la percepción de sus propios intereses.	Realizar investigación de mercado para entender las percepciones de los consumidores y comprender el ambiente en el que la nueva oferta será introducida.
Segmentación	Proceso de subdividir grandes y heterogéneos mercados en segmentos más pequeños y más homogéneos.	Utilizar atributos de los miembros de la población diana (demográficos, conductuales y creencias) para crear segmentos basados en las diferencias entre subgrupos, que puedan influir más en el diseño y resultados del programa.
Marketing mix	Los cuatro elementos básicos de un programa de marketing: producto, precio, lugar y promoción.	Desarrollo de programas de marketing que ofrezcan un paquete atractivo de beneficios, a un precio aceptable, en el lugar y tiempo adecuados para que la audiencia diana sea más receptiva a la oferta; informar y persuadir a la población diana que la oferta redunde en su propio interés.

Fuente: Kennedy (2002)

Quienes tengan interés en profundizar en los conceptos, métodos y aplicaciones del marketing social pueden acudir a Siegel (1998), Kotler (2002) o a Grimaldi (2001).

#### 4.1.9. Modelos comunitarios y grupales de promoción de salud

La práctica totalidad de los problemas de salud no pueden ser resueltos adecuadamente si nos limitamos a intervenciones en el área estrictamente individual. Los determinantes de la salud son socialmente construidos y la capacidad de opción individual está altamente limitada, condicionada e influenciada por estructuras y circunstancias sociales, que trascienden la capacidad de influencia y control de los individuos aislados.

La salud y el bienestar individual y colectivo pueden ser promocionados por medio de la creación de estructuras sociales y políticas que favorezcan unas condiciones de vida y unos estilos de vida saludables, así como por medio de la reducción o eliminación de los riesgos para la salud en el medio ambiente y social.

Para ello es necesario conocer cómo operan los sistemas sociales, cómo ocurren los cambios dentro y entre esos sistemas, y cómo los cambios organizativos y comunitarios influyen en el comportamiento y salud de la población.

Los modelos y teorías comunitarias de promoción de salud posibilitan el desarrollo de estrategias e iniciativas planificadas y puestas en marcha por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud y el bienestar social: centros escolares, lugares de trabajo, servicios sanitarios, grupos comunitarios y organismos dependientes de las administraciones y agencias públicas. Otros colectivos cuya misión principal no es la mejora del bienestar y la salud, tales como los medios de comunicación, pueden también desarrollar un papel muy relevante.

En muchas de esas teorías está implícito el concepto de empoderamiento, entendido como un proceso a través del cual las personas y/o comunidades toman control sobre sus vidas y su medio ambiente y social. La Declaración de Yakarta de Promoción de la Salud recoge expresamente como una de sus cinco estrategias centrales el

aumentar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.

Pasamos ahora a presentar algunas de estas teorías comunitarias.

#### 4.1.10. Un modelo de promoción de la salud basado en el empoderamiento

Tones (2002) señala las limitaciones de los modelos de promoción de salud centrados en el individuo aislado y plantea la necesidad de un modelo que incluya los que considera cuatro principios principales que subyacen en las distintas propuestas sobre promoción de la salud realizadas por la Organización Mundial de la Salud:

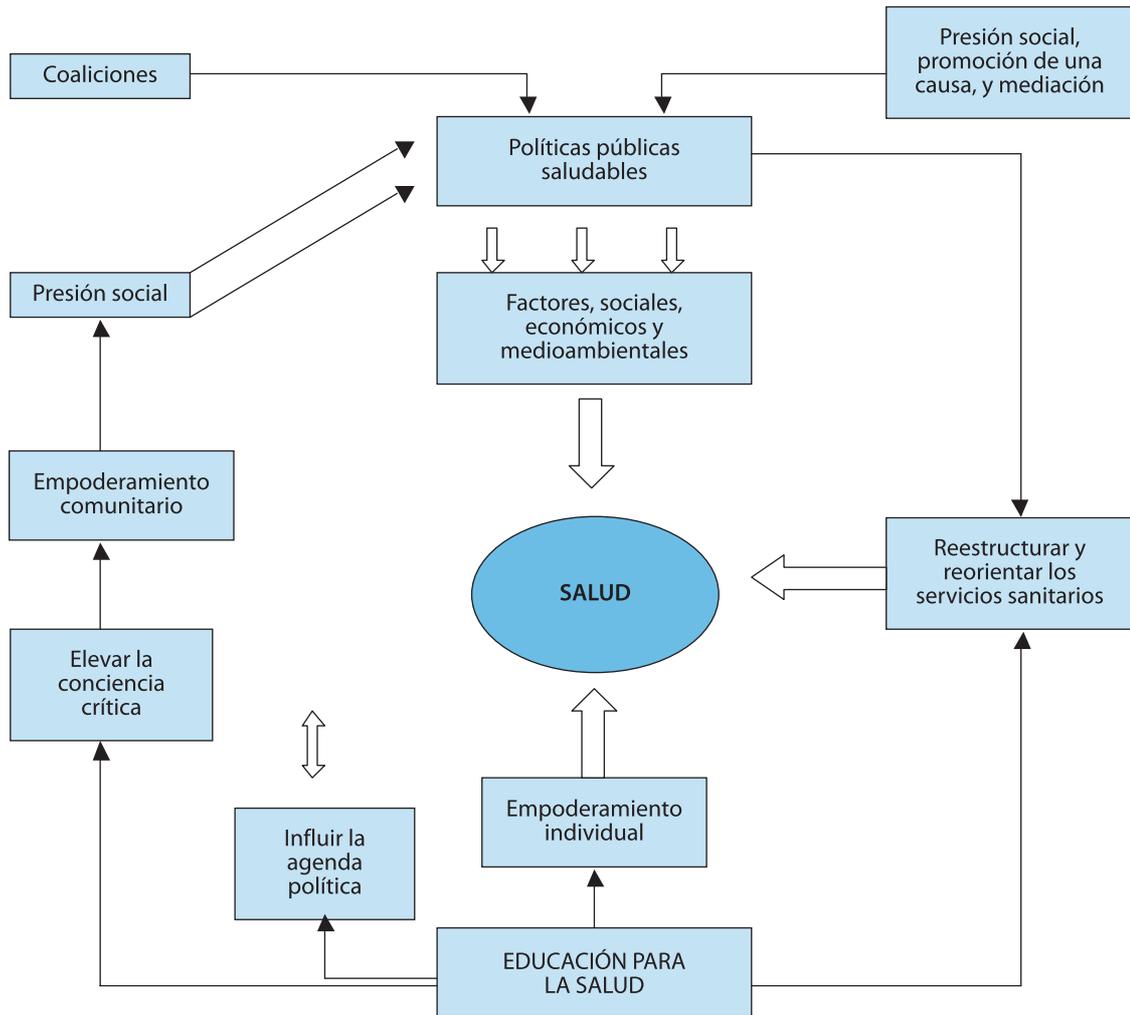
- La salud es un estado positivo. Es una característica esencial, que la gente necesita para poder conseguir una vida social y económicamente productiva.
- La salud no es una responsabilidad únicamente individual. Intentar que las personas individuales para tomen responsabilidad de su propia salud a la vez que se ignoran los determinantes sociales de la salud es básicamente no ético.
- La consecución de avances sustanciales en la promoción de la salud depende de la consecución de la igualdad social y la corrección de las desigualdades de salud dentro y entre las naciones.
- El éxito de la promoción de la salud depende de la consecución del empoderamiento individual y de la comunidad.

Tones (2002) plantea un modelo de empoderamiento cuyos componentes básicos se resumen gráficamente en la figura 6.

Ese modelo comparte y profundiza varios de los conceptos de los determinantes de la salud y las políticas de salud.

En este modelo la educación para la salud es una actividad clave. Su contribución sería doble por favorecer y potenciar el empoderamiento tanto a nivel individual como a nivel comunitario. Por medio de la educación para la salud las personas ganan control para las decisiones individuales de conductas de salud y podrán implicarse más y más efectivamente en la promoción de condiciones de vida más saludables a nivel comunitario.

Figura 6. Un modelo de empoderamiento



Fuente: Tones (2002)

Tones (2002) defiende que el papel de la educación para la salud debe ser influenciar las decisiones individuales relacionadas con la salud, pero remarca la importancia de que tanto sus objetivos como sus métodos pongan el énfasis más en el apoyo y el asesoramiento que en la persuasión. El objetivo no es la manipulación y la adherencia a las propuestas de los expertos, sino el empoderamiento a través del refuerzo de la autoconfianza y la mejora de habilidades y competencias individuales.

El modelo implica también aspectos de organización comunitaria y de participación política activa en la toma de decisiones sociales, tanto a la hora de modificar la agenda política introduciendo la búsqueda de políticas que resulten en la protección y la promoción de la salud, como a la hora de presionar para que esos objetivos sean tenidos en cuenta en la toma de decisiones políticas.

Tones (2002) considera que la creación de políticas saludables es con frecuencia una tarea de grandes dimensiones, especialmente en los casos en los que hay fuertes presiones de grupos de interés que usarán todos los medios a su alcance para obstaculizar o impedir las decisiones «saludables» que vayan contra sus intereses económicos. En ese contexto propone que una de las tareas centrales de la promoción de la salud es no sólo influir en la agenda política, sino además potenciar la conciencia crítica en la sociedad y favorecer el empoderamiento comunitario, para lo que debe apoyar iniciativas encaminadas a crear un sentimiento de pertenencia a la comunidad, fomentar las redes de apoyo social y proveer a los individuos y comunidades de las habilidades y herramientas necesarias para influir en el proceso de toma de decisiones.

Dentro del modelo de empoderamiento, Tones (2002) considera que en los servicios sanitarios

se debe producir una reorientación, que incluiría un proceso de «desmedicalización», donde debiera producir un cambio en la actual relación de poder entre los médicos y los ciudadanos y pacientes. La colaboración y cooperación entre ambos, unido a un empoderamiento y mayor papel del ciudadano/paciente en la toma de decisiones, debiera sustituir al énfasis tradicional en la adherencia del paciente a las recomendaciones o decisiones del profesional. Considera que la preocupación por la dignidad humana, la calidad de vida y la calidad de la atención debieran ser aspectos centrales de los servicios sanitarios.

#### 4.1.11. La teoría del género y el poder

La teoría del género y el poder es una teoría que se basa en el análisis de las desigualdades sociales entre hombres y mujeres y de los desequilibrios de poder en razón del género.

Según esta teoría hay tres grandes estructuras que caracterizan las relaciones de género entre hombres y mujeres (Wingood 2002):

1. La división sexual del trabajo, que ocasiona desigualdades económicas que favorecen a los varones.
2. La división sexual del poder, que ocasiona desigualdades y abusos de autoridad y de control en las relaciones entre personas de distinto sexo, favoreciendo a los varones.
3. La estructura de normas sociales y de las ligazones afectivas.

Las tres estructuras mencionadas, que aunque diferentes se relacionan y se solapan entre sí, servirían para explicar los roles que asumen hombres y mujeres en la sociedad.

Esas tres estructuras existirían a dos niveles, el social y el institucional, y estarían enraizadas en la sociedad por medio de fuerzas históricas y sociopolíticas que de manera consistente segregarían el poder y adscribirían diferentes normas sociales, basadas en roles de género, diferentes para hombres y mujeres.

Wingood (2002), en su versión adaptada de esa teoría, postula que las desigualdades e inequidades y diferencia de expectativas que se derivan de esas tres estructuras generarían diferentes exposiciones y factores de riesgo que afectarían el riesgo de desarrollar enfermedades para las mujeres. Esas exposiciones y factores de riesgos inherentes en cada estructura aumentarían en muchos casos la vulnerabilidad de las mujeres de sufrir algunas enfermedades.

Esta teoría ha sido aplicada en el campo de la salud pública fundamentalmente en el área de problemas relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, con la infección por VIH y con la salud reproductiva.

En la tabla 9, tomada de Wingood (2002), se muestran los elementos básicos del modelo.

Tabla 9. La influencia de la teoría del género y el poder en la salud de las mujeres

Nivel social	Nivel institucional	Mecanismos sociales	Exposiciones	Factores de riesgo	Factores biológicos	Enfermedad
División sexual del trabajo	Lugar de trabajo Escuela Familia	Manifestada como salarios desiguales que generan inequidades para las mujeres	Factores de riesgo de exposición económica	Socio económicos		
División sexual del poder	Relación con el sistema médico y con los medios de comunicación	Manifestada como desequilibrios en el control, que producen inequidades de poder para las mujeres	Exposiciones físicas	Factores de riesgo de comportamiento		
Normas sociales y ligazones afectivas	Relaciones personales Familia Iglesia	Manifestada como restricciones de expectativas, que conllevan diferencias de normas para las mujeres	Exposiciones sociales	Factores de riesgo personales	Duchas vaginales Embarazo Contracepción	HIV

Fuente: Wingood (2002)

La tabla 10 plantea de manera más detallada las situaciones -exposiciones, factores de riesgo y propiedades biológicas- que pueden favorecer

la infección por HIV y sobre las que existen distintas intervenciones para disminuir ese riesgo.

**Tabla 10. La teoría del género y el poder: exposiciones, factores de riesgo y propiedades biológicas**

<b>División sexual del trabajo:</b>	
<b>Exposiciones económicas - Mujeres que:</b>	<b>Factores de riesgo socioeconómicos -Mujeres que:</b>
Viven en nivel de pobreza	Son de minorías étnicas
Tienen nivel educativo menor de secundaria	Son muy jóvenes (menores de 18 años)
No tienen empleo o están en subempleo	
Trabajan en un medio laboral con alta demanda y bajo control por su parte	
No tienen seguridad social o es limitada	
No tienen vivienda	
<b>División sexual del poder:</b>	
<b>Exposiciones físicas- Mujeres que tienen:</b>	<b>Factores de riesgo relacionados con la conducta - Mujeres que tienen:</b>
Historia de abusos sexuales o físicos	Historia de abuso de alcohol u otras drogas
Pareja que no está de acuerdo con practicar sexo seguro	Pobre asertividad en habilidades de comunicación
Pareja fija con comportamiento sexual de alto riesgo	Pocas habilidades en uso del condón
Una exposición mayor a audiovisuales sexuales explícitos	Percepción de baja auto-eficacia para evitar el VIH
Acceso limitado a medidas de prevención de HIV (tratamiento farmacológico, métodos controlados por la propia mujer, educación escolar sobre prevención de HIV)	Limitado control percibido de uso del condón
<b>Estructura de normas sociales y ligazones afectivas:</b>	
<b>Exposiciones sociales - Mujeres que tienen:</b>	<b>Factores de riesgo personales - Mujeres que tienen:</b>
Pareja de más edad	Conocimiento limitado sobre la prevención de VIH
Deseo propio o de la pareja de tener hij@s	Creencias negativas que no apoyen las prácticas de sexo más seguro
Normas de género y culturales conservadoras o tradicionales	Percepción de invulnerabilidad al HIV/SIDA
Una adscripción a una religión que prohíbe el uso de contraceptivos	Una historia de depresión o distrés psicológico
Una fuerte desconfianza en el sistema médico	
Influencias familiares que no apoyan intervenciones que previenen la infección por HIV	
<b>Propiedades biológicas: propiedades anatómicas y biomédicas</b>	
La infección por HIV se transmite de manera más eficiente de hombres a mujeres que de mujeres a hombres, dado que las mujeres son la parte receptiva durante la relación sexual.	
Las enfermedades de transmisión sexual, aparte del HIV, son también más eficientemente transmitidas de hombres a mujeres que de mujeres a hombres; esas ETS pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres al VIH.	
Las enfermedades de transmisión sexual son más asintomáticas en las mujeres; por ello, puede ser menos probable que las mujeres busquen tratamiento para esas enfermedades y ser más probable que desarrollen complicaciones relacionadas con las ETS.	
Características biológicas como el tener relaciones sexuales con penetración durante la menstruación, usar contraceptivos orales, tener historia de ectopia cervical, y tener un útero inmaduro pueden aumentar el riesgo de infección por HIV entre mujeres jóvenes.	

Fuente: Wingood (2002)

Un ejemplo de actividades de promoción de la salud directamente dirigidas a mujeres, en este caso a mujeres económicamente desfavorecidas y sin acceso a prestaciones de la Seguridad Social, puede encontrarse en el programa «Wise-woman» del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos de América

(acceso vía Internet en: <http://www.cdc.gov/wi-sewoman/>).

Pero además del uso que se ha hecho de la teoría del género y el poder en la mejora de la salud reproductiva o en la prevención de infecciones de transmisión sexual o del HIV, derivaciones de las

bases de esa teoría tienen con seguridad un amplio campo de mejora en la salud de las mujeres en otras áreas que sólo pueden explicarse por la situación desigual de reparto del trabajo y del poder en las sociedades actuales.

Lamentablemente, para un importante número de mujeres son el colectivo de los varones, y en particular de los varones cercanos a ellas, tales como maridos y parejas o familiares cercanos, quienes suponen un riesgo para su salud y su bienestar.

Como ejemplo más sangrante de esa situación está la violencia contra las mujeres, que es un hecho prácticamente universal en todas las sociedades, variando la intensidad y difusión de ese fenómeno. En algunos lugares la violencia contra las mujeres es de una gravedad tal que es la primera causa de mortalidad de las mujeres de edades medias.

Cualquier empeño en mejorar la salud de las mujeres, que conforman la mitad de la población, pasa necesariamente por el desarrollo de intervenciones que eviten y castiguen las situaciones de explotación y agresión a las mujeres y por intervenciones sociales que posibiliten el empoderamiento de las mujeres

Enfoques similares que prestan atención a las diferencias de poder en la sociedad, parecen de utilidad para afrontar otras situaciones de colectivos discriminados por razones de etnia, cultura, opción sexual, situación laboral u otras.

#### 4.1.12. El desarrollo comunitario

El desarrollo comunitario es una de las partes claves del modelo de marketing de la promoción de la salud, desarrollo que requiere basarse en la organización comunitaria. También es una de los componentes del modelo de empoderamiento presentado anteriormente.

La organización comunitaria incluye intervenciones consensuadas o conflictivas en el nivel comunitario, que influyen en las instituciones y resuelven problemas comunitarios.

Una forma de organización comunitaria, la denominada *desarrollo comunitario*, es una estrate-

gia de consecución de consenso, que según Kennedy (2002) se compondría de los siguientes componentes:

- Creación de un sentimiento de cohesión social y refuerzo de las relaciones intergrupales.
- Apoyo y refuerzo de la auto-ayuda.
- Se basa en la persuasión más que en la obligatoriedad, para producir cambios por medio de los esfuerzos de la comunidad local.
- Identificación y desarrollo del liderazgo a nivel local.
- Desarrollo de la conciencia cívica y aceptación de la responsabilidad ciudadana.
- Utilización de asistencia técnica y profesional para apoyar los esfuerzos comunitarios
- Coordinación de los servicios comunitarios para abordar las necesidades y problemas locales.
- Proporcionar entrenamiento en procedimientos democráticos que pueden resultar en la descentralización de algunas funciones gubernamentales.

La estrategia de desarrollo comunitario, que se ha utilizado en áreas como el abuso de drogas o la salud cardiovascular, suele implicar la organización de coaliciones locales u organismos colaborativos para identificar y clarificar los problemas y para hacer planes para mejorarlos.

Kennedy (2002) señala que para que el funcionamiento de las coaliciones comunitarias consiga efectos significativos de mejora de problemas es necesario ser consciente que suele ser necesario mantener un nivel de funcionamiento activo intenso durante varios o muchos años. En esos largos periodos variarán las tareas, roles, procedimientos y protagonismos de los distintos participantes de la coalición, así como será variable el papel que jugarán técnicos y profesionales en las diversas etapas. Por ello, es clave que los participantes en esas coaliciones se conozcan y creen una relación de confianza antes de que se comience la planificación estratégica conjunta. Sin una buena relación de confianza entre los participantes difícilmente se podrá mantener la coalición un periodo suficientemente largo para que sea efectiva.

#### 4.1.13. El modelo de marketing de la promoción de salud

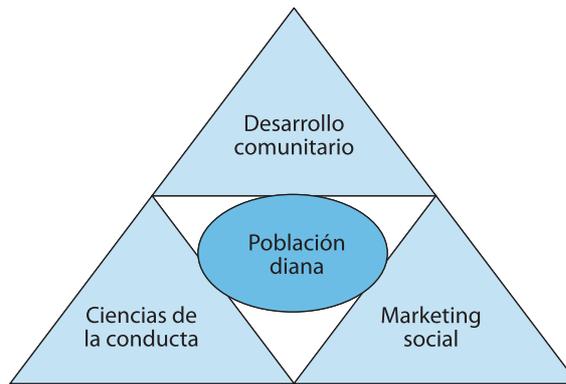
El modelo de Marketing de la Promoción de la Salud, es un modelo que fue concebido como la integración de tres enfoques diferentes que han sido utilizados para afrontar problemas de salud pública: las ciencias de la conducta, el marketing social y el desarrollo comunitario (Kennedy 2002).

Como se muestra en la figura 7, cada uno de esos tres enfoques sirve para llegar a una parte

concreta de la población y, quizás, a tener un impacto hasta cierto punto independiente y acumulable en la población diana.

La premisa básica de este modelo es que los cambios de conducta a nivel masivo poblacional pueden ser el resultado de un proceso de planificación y programación estratégicas y de implementación desarrollado por representantes de la comunidad (o en concertación con ellos).

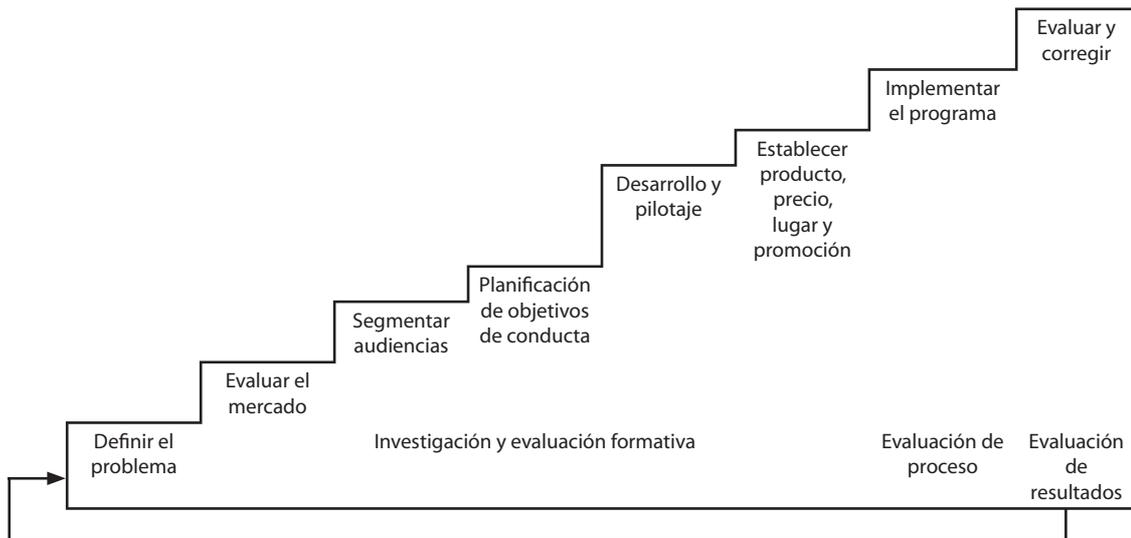
Figura 7. Componentes del modelo de marketing de la promoción de salud



Fuente: Kennedy (2002)

Las etapas de la planificación de las actividades basadas en este modelo se muestran en la figura 8.

Figura 8. Etapas en la planificación del marketing de la promoción de salud



Fuente: Kennedy (2002)

#### 4.2. HERRAMIENTAS PARA LA PLANIFICACIÓN Y LA EVALUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En este apartado se presentan varias herramientas que pueden ser de utilidad para la planificación y la evaluación de las actividades de promoción de la salud.

### 4.2.1. El modelo de planificación precede-procede

A diferencia de las teorías y modelos comentados anteriormente, el modelo PRECEDE, desarrollado por Green en la década de los años 1970, no pretende predecir o explicar la relación entre factores o variables y una determinada conducta relacionada con la salud.

Es un modelo de planificación de actividades de promoción de la salud que está basado en la premisa de que el *diagnóstico educacional* debe preceder al plan de intervención, de manera a similar a como el diagnóstico médico precede a la elección del tratamiento.

El modelo proporciona una estructura para la aplicación de teorías o modelos, para que puedan identificarse e implementarse las estrategias e intervenciones más apropiadas.

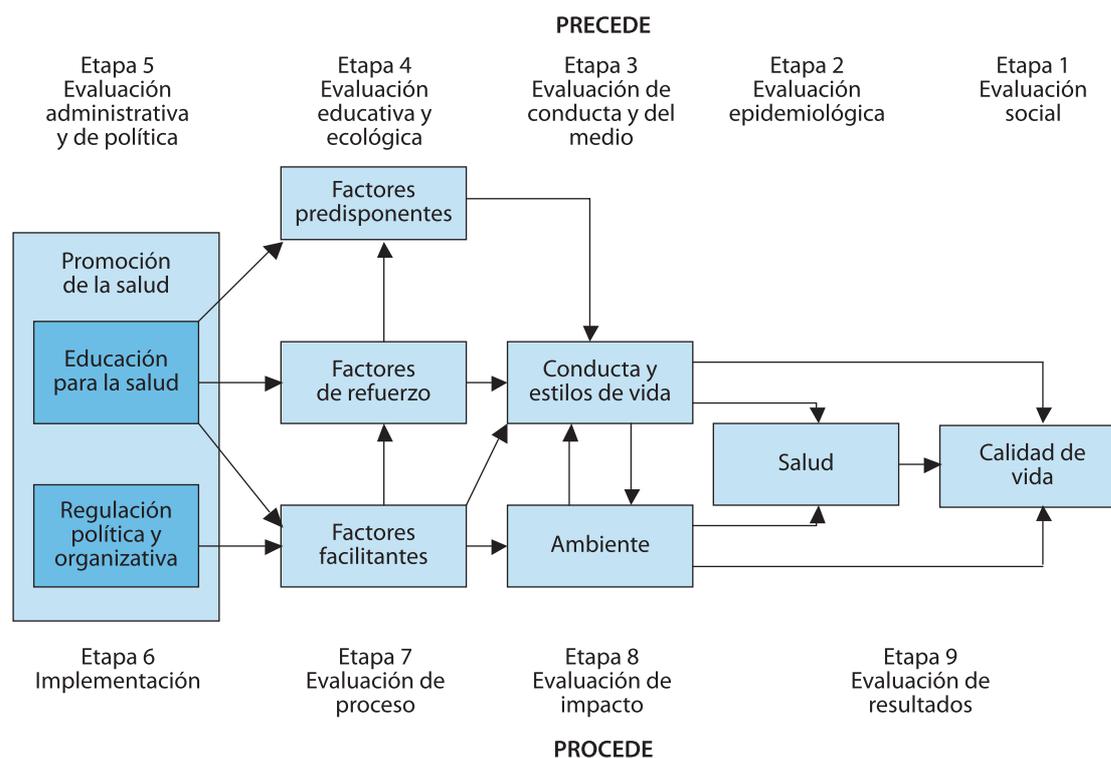
El modelo puede verse como un mapa de carreteras donde las teorías marcarían la dirección y el destino del viaje. El mapa nos enseña las posibles vías mientras que las teorías nos sugerirían las carreteras a seguir.

El acrónimo PRECEDE representa las iniciales de: Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation). En 1991, PROCEED (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational / Environmental Development) fue añadido al modelo, reconociendo la importancia de los factores ambientales y sociales como determinantes de la salud y del comportamiento relacionado con la salud.

Este modelo de planificación plantea nueve etapas en el proceso de planificación de las intervenciones de promoción de salud (Green 1999). Las cinco primeras etapas serían previas a la definición del programa o intervención y tras la implementación de las intervenciones se cerraría el círculo con la evaluación del impacto de las intervenciones.

Quienes propugnan este modelo remarcan la necesidad de que en todas las etapas se articulen mecanismos de consulta y participación con la población o grupos diana de las actividades de promoción, bien usando encuestas, bien grupos focales u otra metodología, para conocer sus vivencias y percepciones respecto al tema.

Figura 9. El modelo de planificación PRECEDE-PROCEED



Fuente: Green (1999)

En este modelo, las teorías anteriormente descritas pueden emplearse como estructura de un modelo general para planificar programas de promoción de la salud. A continuación se describen brevemente las nueve fases de este modelo y las teorías que corresponden a la ejecución de cada etapa (Carlson 2002).

Las fases 1 y 2 tienen una íntima relación mutua y se dedican al diagnóstico social y al epidemiológico. Partiendo de la base de que los problemas sociales de una comunidad son una medida práctica y exacta de la calidad de vida, la etapa 1 requiere reconocer sus necesidades, carencias y problemas. Se determina así la calidad de vida en esa localidad. La etapa 2 tiene como objeto determinar las metas de salud y las dificultades y problemas de salud que se relacionan con los hallazgos de la primera fase. En este proceso pueden utilizarse: las teorías de la organización comunitaria, para

darles a los residentes locales la oportunidad de reconocer los problemas que comparten; el marketing social, que determina las necesidades de un grupo prioritario; la teoría de aprendizaje social, para identificar los factores ambientales que conducen a comportamientos perjudiciales; y la difusión de innovaciones, para determinar las necesidades o problemas de la comunidad.

En la etapa 3 se buscan las causas ambientales o los comportamientos que podrían estar relacionados con los problemas hallados en la etapa 2. Con esos fines pueden ponerse en práctica aspectos de las teorías de etapas de cambio para determinar en qué etapas del comportamiento están los grupos de la población; de aprendizaje social, para determinar la capacidad de comportamiento, las expectativas, la respuesta emocional y otras cualidades de la población objetivo; de difusión de innovaciones, para determinar en

Tabla 11. El modelo PRECEDE-PROCEDE como esquema para organizar la utilización de distintas teorías y principios en la planificación de actividades de promoción de salud

	Paso 1 Evaluación social	Paso 2 Evaluación epidemiológica	Paso 3 Evaluación de conducta y del medio	Paso 4 Evaluación educativa y ecológica	Paso 5 Evaluación administrativa y de política
<b>Teorías y principios</b>					
<b>A nivel comunitario</b>					
Participación y relevancia	X	X	X	X	X
Organización comunitaria	X		X		
Cambio organizacional				X	X
Difusión de innovaciones				X	X
<b>Nivel interpersonal</b>					
Teoría Social Cognitiva			X	X	
Aprendizaje adulto				X	
Comunicación interpersonal				X	
<b>Nivel individual</b>					
Modelo de creencias de Salud				X	
Etapas del cambio			X	X	
Teoría de la Acción Razonada				X	
Teoría de la conducta planificada			X	X	
Procesamiento de la información				X	

Fuente: Carlson (2002)

qué etapa de la adopción de innovaciones está la población, y de marketing social, para que se aplique el principio de la segmentación.

La etapa 4 es de diagnóstico educativo y organizativo. Se dedica a clasificar en tres categorías los comportamientos y factores ambientales notados en la etapa 3: factores que estimulan o inhiben los cambios de comportamiento; barreras que impiden el cambio o las habilidades y conocimientos necesarios para cambiar; y recompensas o mensajes que recibe la gente y sus efectos en cuanto a estimular o desalentar la ejecución de algún comportamiento a largo plazo. En este proceso pueden ser útiles las teorías de aprendizaje social, organización comunitaria, difusión de innovaciones, psicología conductual de la comunidad, marketing social, el modelo de cambio de comportamiento y los modelos de cambio de comportamiento-comunicación.

La etapa 5 comprende una búsqueda de recursos que puedan utilizarse para emprender un programa, por ejemplo, los canales de comunicación. Las teorías de marketing social y de organización comunitaria son apropiadas en esta etapa.

Durante la etapa 6 se ejecuta el programa.

Durante las etapas 7 a 9, el programa se repasa para evaluar su funcionamiento, impacto y resultados.

En la tabla 11, tomada de Carlson (2002) se presentan distintas teorías que pueden ser útiles en las distintas etapas de la planificación de intervenciones de promoción de salud del modelo PRECEDE-PROCEDE.

Koelen (2004) presenta un modelo de planificación de tareas que comparte muchas de las etapas del modelo PRECEDE- PROCEDE, modelo que se presenta en la tabla 12.

Tabla 12. **Planificación de intervenciones de promoción de la salud. Resumen de etapas, actividades y objetivos\***

Etapa	Actividades	Objetivos
Diagnóstico de la situación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de necesidades percibidas y prioridades</li> <li>Análisis de datos epidemiológicos e indicadores sociales</li> <li>Establecimiento de prioridades para la acción</li> </ul>	→ Objetivos de salud
Diagnóstico de causas del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de la relación entre las conductas y el problema de salud</li> <li>Jerarquización de importancia y factibilidad de cambio (ratings of importance and changeability)</li> </ul>	→ Objetivos conductuales
Diagnóstico de causas o factores ambientales o sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de la relación entre factores ambientales sociales las conductas y el problema de salud</li> <li>Jerarquización de importancia y factibilidad de cambio (ratings of importance and changeability)</li> </ul>	→ Objetivos ambientales sociales
Diagnóstico del comportamiento y las causas o factores sociales o ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de los determinantes del comportamiento: factores predisponentes, de refuerzo y facilitadores</li> <li>Análisis de determinantes sociales o ambientales</li> <li>Establecimiento de prioridades</li> </ul>	→ Objetivos operativos (intervention)
Definición y concreción del programa o actividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer o extender redes para la acción</li> <li>Selección de instrumentos para cambiar el contexto</li> <li>Selección del contenido de los mensajes, métodos de comunicación y lugares o entornos donde hacerlo</li> <li>Análisis de los recursos y la organización disponibles o necesarios</li> <li>Planificación - formulación del programa o actividad</li> </ul>	→ Objetivos del programa o actividad → Objetivos operativos
Implementación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de aspectos organizativos, incluyendo procesos participativos y de colaboración</li> <li>Análisis de inputs del programa</li> <li>Evaluación de dificultades imprevistas y efectos secundarios</li> <li>Monitorización de actividades</li> <li>Efecto a corto plazo</li> </ul>	← Objetivos de proceso ← Objetivos del programa
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de efectividad</li> <li>Evaluación de eficiencia</li> <li>Evaluación de validez</li> </ul>	← Objetivos de intervención ← Objetivos de comportamiento y del medio social ← Objetivos de salud

Fuente: De Koelen (2004) Tabla 8.7 (p 181) \* → Objetivos que se deben formular; ← Objetivos que se deben evaluar

#### 4.2.2. La evaluación de las intervenciones de promoción de salud

Es evidente que la evaluación de las actividades de promoción de salud es clave para conocer el impacto de las intervenciones propuestas y llevadas a cabo. Aunque lo fundamental es la evaluación de resultados, el saber si al final la intervención conlleva un cambio de conducta y un impacto en la salud, no se debe dejar de lado otras evaluaciones como la de proceso y la formativa.

Una intervención planificada puede no tener ningún impacto en indicadores de salud, pero ello puede deberse a distintas razones. Puede que la intervención sirva o no para lo que pretende, para ello se evalúa la *validez interna* de la intervención. Esa validez interna puede evaluarse por medio de estudios experimentales del tipo de los ensayos aleatorizados, estudios que suelen realizarse en grupos concretos y que nos sirven para valorar la *eficacia* de una intervención. Podemos, por ejemplo, evaluar el efecto de una determinada intervención del médico de atención primaria dando consejos a pacientes que quieren dejar de fumar, preparando para ello a algún profesional motivado y aleatorizar los pacientes a quienes se les aplica esa intervención y a quienes por ejemplo solamente se les comentara que debieran dejar de fumar.

Hay que evaluar si realmente la intervención se ha realizado como se había planificado. Esto es importante para no cometer el error de considerar que una determinada intervención no sirve cuando en realidad igual no se ha implementado correctamente o no ha llegado a la población diana.

Otra dimensión de la evaluación tiene que ver con la denominada *validez externa*, que se refiere al si los resultados en un determinado contexto son o no generalizables o transferibles a la población en su conjunto, a determinados subgrupos diferentes de la población, o a otras poblaciones. Siguiendo con el ejemplo anterior, es importante distinguir que una intervención ha podido funcionar bien en un grupo motivado de pacientes con una enfermedad directamente relacionada con el consumo de tabaco y con

profesionales sanitarios muy motivados por el programa de promoción de salud, pero sus resultados no serían generalizables a la población general de fumadores.

Es importante también que se evalúen no sólo si se han producido los pretendidos efectos beneficiosos, sino además si se han producido efectos negativos o iatrogénicos, como el ya mencionado anteriormente de «echar la culpa a la víctima».

La evaluación debe analizar no sólo en el efecto en personas individuales, sino también *a nivel colectivo*. Muchas iniciativas de promoción de salud son de enfoque colectivo, se realizan en colectivos o en determinados lugares (escuelas, centros de trabajo, grupos sociales o incluso a nivel más amplio, como las iniciativas de ciudades saludables).

Por ello, para facilitar la comprensión del impacto a ambos niveles individual y colectivo, puede ser de utilidad crear un doble esquema donde se facilite la visualización por separado de lo que pasa a ambos niveles, reflejando la población diana, cuantos grupos o personas eran elegibles para el programa, cuantos se contactaron y cuantos no, cuantos de los contactados aceptaron participar, cuantos de ellos luego se retiraron de la actividad, cuantos pudieron ser evaluados. Es importante saber quiénes y por qué declinaron participar y las razones de los abandonos de los grupos o personas que iniciaron la actividad y luego la abandonaron.

Entre los objetivos deseables de las intervenciones de promoción de salud se encuentra la disminución de desigualdades entre distintos grupos o colectivos. Para ver en qué medida una intervención contribuye en esa dirección, es clave que en la evaluación se haga un análisis separado del impacto en distintos grupos sociales.

Cuando se evalúen intervenciones basadas en teorías o modelos concretos es particularmente importante identificar y medir las *variables mediadoras* y evaluar el efecto de las intervenciones en esas variables mediadoras. Esas variables representan la vía o los procesos por los que se espera una intervención va a producir el efecto deseado.

Se han propuesto varios modelos y estructuras distintas para facilitar y guiar las evaluaciones de las actividades de promoción de la salud, que identifican variables o dimensiones claves que deben ser incluidas en la evaluación.

## TIPOS DE EVALUACIÓN

Analizar por qué suceden determinados efectos puede ayudar a saber qué estrategias o actividades funcionan bien y nos proporcionará claves y orientación para mejorar un programa.

Por desgracia no hay una coincidencia general en el uso de una terminología común en el área de la evaluación, en especial a la hora de denominar la evaluación de los resultados a medio y largo plazo de un programa de promoción de salud. Por ejemplo, Brownson (2003) cuando se analizan los resultados en salud, medida como la aparición o no de enfermedades o muertes, la denominan evaluación de resultados, mientras que con el término evaluación de impacto se refieren a la consecución o no de objetivos a intermedios o a corto plazo, como conocimiento y/o participación en el programa, cambios de creencias y/o de comportamiento relacionado con la salud.

Por su parte, Wurzbach (2002), como puede verse en las páginas siguientes donde se desglosa más detalladamente su clasificación, utiliza esos dos términos en sentido contrario.

Wurzbach (2002) distingue cuatro tipos de evaluación: formativa, de proceso, de resultado y de impacto. Esos tipos de evaluación están diseñados para predecir los resultados de un programa, para medir sus resultados o para ayudar a aclarar por qué suceden ciertos resultados.

### Evaluación formativa

La evaluación formativa, incluyendo el «pretesting» o pilotaje, está diseñada para evaluar las fortalezas y debilidades de materiales o estrategias de campaña, antes de su implementación. Se posibilita así la realización de las correcciones necesarias antes de que un programa o actividad sea desarrollado masivamente. El objetivo de este tipo de evaluación es maximizar las posi-

bilidades de éxito del programa antes de su puesta en marcha operativa.

### Evaluación de proceso

La evaluación de proceso analiza los procedimientos y tareas necesarias para la implementación de un programa. Puede también analizar los aspectos administrativos y organizativos del programa.

### Evaluación de resultados

La evaluación de resultados se utiliza para obtener datos de tipo descriptivo sobre un proyecto y para documentar los resultados a corto plazo. Los resultados relacionados con las tareas son los que describen el resultado («output») de la actividad (por ejemplo, el número de llamadas o consultas recibidas tras el anuncio de un servicio público). Los resultados a corto plazo describen los efectos intermedios de la intervención en la audiencia o grupo diana (ejemplo, el porcentaje de la audiencia que muestra un aumento de interés en el tema).

Por medio de la evaluación de resultados podemos conseguir entre otras la siguiente información:

- Cambios de conocimiento y actitud.
- Intenciones manifestadas por el grupo diana.
- Cambios de comportamiento a corto o medio plazo.
- Políticas o cambios institucionales realizados.

### Evaluación de impacto

Este tipo de evaluación se centra en el análisis de los resultados del programa o intervención a largo plazo y en los cambios en el estado de salud.

Con este tipo de evaluación puede conseguir información como la siguiente:

- Cambios en la morbilidad y la mortalidad.
- Cambios en el absentismo laboral.
- Mantenimiento a largo plazo del comportamiento saludable deseado.
- Tasas de recaídas en el comportamiento menos saludable.

Aunque este tipo de evaluación es el más deseable, es raramente posible realizarlo porque suele ser muy costoso, requiere compromiso prolongado en el tiempo y puede depender de otras estrategias además de la comunicación.

Además, a menudo, los resultados no pueden atribuirse directamente al efecto de la actividad o programa evaluado, porque el grupo diana de la intervención evaluada está sometido a otras influencias externas a la intervención.

Tabla 13. Elección del tipo de evaluación según los recursos disponibles por el programa

Tipo de evaluación	Recursos mínimos	Recursos medios	Recursos amplios
Formativa	Test de legibilidad	<i>Central location intercept interviews</i>	Grupos focales, entrevistas individuales en profundidad
Proceso	Recogida de información de actividad (ej. monitorización de tiempos de actividad)	<i>Checklist</i> del programa (ej. Revisión del cumplimiento de lo planificado)	Auditoría de gestión (ej. Revisión externa de la gestión de actividades)
Resultado (outcome)	Evaluaciones de actividad (ej. Número de evaluaciones de salud y resultados, gente que acude al programa y respuesta de la audiencia)	Progreso en conseguir los objetivos planteados (ej. Cálculos periódicos de porcentaje de audiencia diana que conoce, es referida y participa en el programa)	Evaluación de la ganancia en conocimiento de la población diana (ej. Evaluación previa y posterior a la intervención sobre conocimiento de la población diana)
Impacto	Revisión de medios de comunicación escritos (ej. Seguimiento del contenido de artículos en periódicos)	Encuestas en la población (ej. Entrevistas telefónicas sobre comportamiento relacionado con la salud)	Estudios de cambio comportamiento y/o en salud (ej. datos de frecuentación de servicios sanitarios o cambios en la salud de la población)

Fuente: Wurzbach (2002)

Una situación de limitación de recursos puede obligar a elegir entre realizar una evaluación de proceso o una de resultados, aunque realizadas aisladamente ninguna de esas evaluaciones proporciona una visión completa de lo sucedido.

Algunos expertos recomiendan que si hay que elegir se centre el esfuerzo en la evaluación de resultados, porque es la única manera de evaluar si se consiguen los objetivos propuestos. No obstante, la evaluación del proceso puede ser de gran ayuda para entender por qué se han logrado o no los objetivos, por lo que hay quienes defienden que la evaluación de proceso es más importante para permitir una mejor gestión del programa.

Todo planificador de programas de promoción de salud se enfrenta a importantes limitaciones tanto a la hora de acometer las tareas de evaluación, como a la hora de diseñar otros aspectos de un programa, entre las que se encuentran las siguientes:

- Fondos económicos limitados.
- Limitaciones de tiempo y capacitación del personal.
- Tiempo asignado al programa.
- Restricciones organizativas para contratar asesores o evaluaciones externas.

- Políticas que limitan la posibilidad de recoger información sobre la población.
- Percepciones de los responsables de la organización sobre la utilidad de la evaluación.
- Niveles de apoyo de la dirección a la realización de actividades de evaluación bien diseñadas.
- Dificultades para definir los objetivos del programa o en establecer consenso dentro de la organización.
- Dificultades para diseñar medidas adecuadas para esos programas.
- Dificultades para separar los efectos atribuibles a la influencia del programa de los efectos de otras influencias externas en la población diana.

En cada contexto habrá que adaptarse a las limitaciones existentes. No obstante, no es cierto que siempre sea mejor hacer algo que no hacer nada. Si el diseño de la evaluación, la recogida de datos o el análisis de los mismos debe adaptarse a unas circunstancias que no parecen satisfactorias, debe plantearse:

- Si las limitaciones existentes pueden hacer que los resultados de la evaluación no sean válidos.
- Si la evaluación es necesaria o esencial para una situación concreta, comparándolo con otros posibles usos de esos recursos.

Hay varios aspectos que deben ser tenidos en consideración antes de decidir qué tipo de evaluación es mejor para un determinado programa de promoción de salud:

- ¿Cuánto durará el programa? ¿Será la fase de implementación suficientemente larga para permitir la medición de efectos significativos y su evaluación periódica?
- ¿Se quiere o pretende repetir o continuar con el programa?
- ¿Son los objetivos medibles en el futuro?
- ¿Qué componentes del programa son más importantes?
- ¿Hay un apoyo de la dirección de la organización o presión o demanda pública para que se evalúe el programa?
- ¿Qué aspectos del programa coinciden más con las prioridades de la organización?
- ¿Será de utilidad una evaluación para conseguir más financiación en el futuro para ese programa?

Hay quienes han remarcado la importancia de considerar los factores que determinan el impacto en el «mundo real», no sólo en experimentos controlados para valorar la validez interna y la eficacia, y su aplicabilidad a otros lugares o contextos, prestando especial atención a aspectos de difusión e institucionalización de las intervenciones.

Algunos investigadores han desarrollado herramientas para evaluar no sólo la eficacia de un programa o intervención, sino también por el alcance poblacional que tienen, esto es por el porcentaje de personas potencialmente elegibles que tienen acceso y participan de la intervención. Su propuesta de que el impacto de una intervención es una función multiplicativa de la eficacia por el alcance de una intervención, llevó al desarrollo del modelo de evaluación RE-AIM que se explica en las páginas siguientes.

#### 4.2.3. El modelo RE-AIM

RE-AIM es un acrónimo formado con las iniciales de las palabras inglesas Reach (Alcance), Efficacy or Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance.

En la tabla 14, tomada de Glasgow (2002), se muestran para las distintas dimensiones del modelo algunas preguntas pertinentes para evaluar intervenciones de promoción de salud, sirviendo para aclarar en qué consiste cada dimensión del modelo de evaluación.

Tabla 14. Dimensiones RE-AIM y preguntas para evaluar intervenciones de promoción de salud

Dimensión RE-AIM	Preguntas
Reach - Alcance (Nivel Individual)	¿Qué porcentaje de participantes potencialmente elegibles participan y qué representativos son?
Eficacia o efectividad (Nivel Individual)	¿Qué impacto tiene la intervención en quienes participan en el programa, en indicadores intermedios de proceso y de resultado primario, tanto en resultados positivos como negativos, incluyendo la calidad de vida?
Adopción (Nivel de grupo)	¿Qué porcentaje de colectivos o lugares o agentes (tales como lugares de trabajo, escuelas o educadores, profesionales sanitarios) participan y qué representativos son?
Implementación (Nivel de grupo o agente)	¿Hasta qué nivel son los distintos componentes de la intervención implementados como se pretendía en el protocolo, especialmente cuando se hace por profesionales normales (no del grupo de investigadores)?
Mantenimiento (Ambos niveles, individual y de grupo)	1. Nivel individual: ¿Cuáles son los efectos a largo plazo (mínimo de 6 a 12 meses tras la intervención)? 2. Nivel de grupo: ¿hasta qué punto se han continuado usándose o institucionalizado distintos componentes de la intervención de promoción de salud?

Fuente: Glasgow (2002)

Debe tenerse en cuenta que todas las dimensiones merecen una atención importante y que la relación entre las distintas dimensiones RE-AIM es tan relevante como los resultados de cada una dimensión concreta.

Para tener un impacto poblacional amplio una intervención debe funcionar bien en todas o casi todas las dimensiones RE-AIM.

No es suficiente que una intervención sea muy eficaz en un determinado contexto si no tiene alcance, esto es si no es adoptable en otros entornos o grupos, o si sólo puede ser puesta en marcha por especialistas altamente entrenados. Hasta ahora pocos programas o intervenciones han demostrado producir cambios de conducta sostenidos en el tiempo. Una intervención óptima debiera también conseguir un mantenimiento de la conducta deseada, o producir resultados a largo plazo de los cambios de conducta.

Desde un punto de vista práctico, pocos programas o actividades son fuertes en las cinco dimensiones RE-AIM. No obstante, el modelo puede ser de utilidad para ayudar a los decisores a la hora de clarificar que resultados son los más importantes para ellos y para considerar los pros y contras de distintas opciones. Por ejemplo, podemos tener que elegir entre un programa con alta eficacia pero que es improbable que pueda

ser adoptado por muchos profesionales, o por otro programa con *alcance* demostrado pero con baja eficacia.

La utilización del modelo RE-AIM puede plantear algunos retos en la práctica, retos cuyas posibles soluciones pueden ser anticipadas y afrontadas usando el mismo modelo.

Esos retos y posibles remedios se presentan en la tabla 15.

Nuestro objetivo a la hora de planificar programas o intervenciones de promoción de salud debe ser producir programas o intervenciones prácticas que puedan ser aplicados en la vida real por los agentes reales (educadores, sanitarios), y que contribuyan a modificar en un sentido positivo los comportamientos relacionados con la salud, mejorando la salud y calidad de vida de los participantes.

Es igualmente importante saber a cuantas personas llegamos, incluyendo especialmente aquellas personas o colectivos de la población que soportan mayores riesgos o mayores cargas de enfermedad.

Esas cuestiones deben tenerse en cuenta en todas las fases de diseño y evaluación de las intervenciones, para aumentar las posibilidades de que los programas tengan un mayor impacto.

**Tabla 15. Problemas frecuentes en la evaluación de intervenciones sobre la conducta relacionada con la salud**

	<b>Reto o Problema</b>	<b>Remedio</b>
R:	No incluir una muestra relevante, de riesgo alto o representativa	Usar reclutamiento de base poblacional o sobre-reclutar en subgrupos de riesgo No incluir demasiados criterios de exclusión
E:	No tener un conocimiento correcto de los resultados y de cómo se ocasionan: Desconocer los mediadores Resultados ambiguos o conflictivos Control inadecuado de las condiciones para descartar hipótesis alternativas	Evaluar una amplia gama de resultados, incluyendo los posibles negativos Incluir medidas de las variables mediadoras Realizar análisis por subgrupos o incluir distintos puntos de evaluación Utilizar criterios mas restrictivos de la condición de control para ajustarse mejor a la pregunta
A:	Programa nunca puesto en práctica fuera de círculos académicos o experimentales	Implicar los agentes potenciales desde la primera fase de diseño Acercarse y consultar un lugar representativo o un grupo amplio de ellos en estadios tempranos cuando la modificación es posible
I:	Protocolos no implementados como se había planificado	Evaluar si la intervención es demasiado complicada, demasiado intensiva en uso de tiempo, o incompatible con otras obligaciones Implicar los potenciales agentes (no del equipo de investigación) en el diseño del programa
M:	Programas o efectos no mantenidos en el tiempo	Incluir una fase de mantenimiento tanto en el protocolo del proyecto como en el plan de evaluación Planificar la institucionalización de la intervención como una actividad regular

Fuente: Glasgow (2002)

#### 4.2.4. Esquema para resumir y analizar intervenciones de promoción de salud

En las siguientes páginas se presenta un modelo que se pretende sirva como orientación para el análisis de intervenciones de promoción de salud, para aclarar los resultados que se buscan y para el diseño de la evaluación del impacto de esa intervención.

Utilizamos aquí el término intervención en un sentido abierto, pudiendo entenderse por tal desde una propuesta de educación para la salud en un centro escolar a planes multisectoriales desde distintas instancias gubernamentales que intenten proteger o promover la salud.

A continuación iremos abordando los aspectos que nos parecen más importantes y luego utilizaremos un ejemplo concreto de aplicación del mismo.

#### ENUNCIACIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En este apartado se debe explicar de manera resumida cual es la propuesta de intervención, reflejando al menos qué intervención se propone, su objetivo específico de promoción de salud y cual es la población diana a la que se dirige.

Aunque aquí nos centramos en el análisis de intervenciones o propuestas concretas, esas propuestas lógicamente deberán ser contextualizadas, explicando cómo y por qué surgen, quién las propone, si se insertan o no dentro de programas o planes más amplios, o si son la concreción de políticas de promoción de salud más amplias.

#### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En este apartado se pueden incluir varios aspectos.

En primer lugar se debe exponer **cual(es) es(son) el(los) el problema(s) de salud** que nos preocupa(n).

Se deberá **describir el problema en la comunidad**, para ello se deben recoger y explicar los datos referentes a la epidemiología del problema de salud para conocer su **extensión** y su **gravedad**.

Se debe prestar atención especial en el análisis de la situación para **conocer la distribución y evolución del problema en distintos grupos socioeconómicos de la población**.

Muchas veces se ha visto que un problema mejora en el conjunto de la población o en grupos importantes de la misma, pero que sigue estancado o incluso se ha agudizado en colectivos concretos de la misma, pudiendo aumentar además las desigualdades previas. Por ejemplo, se ha comprobado que las clases y grupos con mejor nivel socioeconómico han modificado su conducta respecto al consumo de tabaco, estando disminuyendo entre ellos el porcentaje de fumadores, mientras que en otros grupos el problema sigue igual o empeora. Se debe considerar si la intervención o propuesta va a disminuir o no las desigualdades de salud existentes.

#### Determinantes de la situación

En esta etapa se deben plantear cuales son los factores determinantes y/o causales del problema. Para ello puede ser de utilidad cualquiera de las herramientas de análisis que fueron mencionados en el capítulo que aborda el modelo de los determinantes de la salud.

Es importante además que no nos quedemos en descripciones superficiales de los determinantes de la salud. Se debe ir a la raíz de los problemas, porque sino las intervenciones serán fundamentalmente paliativas y no abordarán las verdaderas causas de los problemas.

#### Agentes o fuerzas en juego

Cuando se plantean intervenciones de promoción de la salud es importante no olvidar que otros agentes pueden tener intereses específicos, que pueden o no coincidir con los objetivos de promoción de la salud. Esos agentes, en muchas ocasiones muy poderosos y con muchos recursos económicos y políticos, también se plantean intervenciones de promoción de sus intereses.

Es fundamental saber qué iniciativas o intervenciones están promocionando esos agentes y el sentido de las mismas, esto es si favorece los objetivos de promoción de la salud o por el contrario van en contra de ellos.

Es importante dejar estas cosas en claro porque una intervención de promoción de la salud pudiera ser eficaz, pero no ser suficiente para contrarrestar las actividades e iniciativas en su contra.

Un ejemplo claro es el grupo de intereses que hay entorno a la promoción del consumo del tabaco, que desarrollan continuamente actividades de cara a la promoción del consumo del tabaco en todos los sectores a los que pueden influir y su permanente actividad para contrarrestar las iniciativas encaminadas a la disminución de ese consumo. Difícilmente se puede pedir que las campañas de educación sanitaria de los jóvenes conlleven una disminución del porcentaje de fumadores cuando las campañas e iniciativas de la industria son mucho más poderosas y eficaces.

#### **Evolución previsible sin intervención**

Es deseable que tras el análisis de los puntos anteriores se realice alguna previsión sobre la evolución probable del problema en caso de no realizarse intervenciones expresas por parte de los poderes públicos o de otros agentes sociales.

#### **Logros esperados en salud y recursos a emplear para ello**

Es deseable que se expliciten las mejoras en salud que se prevé lograr con la intervención propuesta, expresados en resultados del tipo muertes o enfermedades evitadas o prevenidas, discapacidades o cualquier medida relevante.

Junto a ello se debieran describir los recursos que se habrán de dedicar a la actividad o intervención, bien en términos monetarios, bien en recursos humanos, explicando quién/es soportará/n esos costes o proporcionarán los recursos necesarios. Siempre que sea posible, se aportará información sobre otros usos alternativos de esos recursos, para facilitar a los decisores la priorización entre intervenciones.

### **ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA**

**Explicar detalladamente la intervención:** en qué consiste, aclarando si es una medida de

educación o información, si es una medida de modificación de riesgos medioambientales, si es una medida normativa o legal, si es de empoderamiento individual o de grupo, si es iniciativa de distintas instituciones coordinadas. Igualmente es importante reflejar quién realizará la intervención, los medios de la misma, en qué periodos de tiempo y en qué «dosis» se aplica.

**Especificar la población o grupos diana,** o población que será afectada por la intervención propuesta, aclarando si está dirigida a los grupos de mayor riesgo o con peores indicadores de salud. Incluso una campaña pretendidamente dirigida al conjunto de la población puede llegar de manera selectiva o diferente a distintos grupos. Por ejemplo, una campaña que utilizará los periódicos llegaría exclusivamente a quienes los leen.

#### **Explicitar cuál es el modelo o teoría sobre determinantes de la salud o de sus causas en la que se basa la intervención propuesta**

Para poder atribuir a una intervención un determinado impacto es necesario saber cual es el modelo o teoría en que se basa la intervención, para poder saber cual es la cadena causal desde el determinante al efecto en la salud.

#### **Análisis de la evidencia previa disponible acerca de la efectividad de la intervención**

Es necesario que exista evidencia científica que pruebe que la intervención propuesta es efectiva para conseguir el objetivo que se propone. Es importante que además se evalúe que esa intervención tiene el efecto esperado cuando se aplica en poblaciones o colectivos diferentes al que se evaluó inicialmente la intervención. Muchos problemas tienen un importante componente cultural o de circunstancias sociales específicas que pueden conllevar que una determinada intervención tenga un impacto diferente según la población sobre la que se aplica.

En esta tarea son de gran utilidad distintas bases de datos y herramientas específicas que se están

desarrollando en los últimos años, que pueden verse en el Anexo I sobre Recursos sobre Promoción de la Salud disponibles en Internet.

### **Elección de medidas y métodos de evaluación del efecto de la intervención propuesta**

En este apartado se deberán aclarar cuáles son los indicadores que se deben usar para evaluar el efecto de la propuesta o actividad analizada.

### **ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

Es importante comprobar si la intervención se ha realizado o no según estaba planificada, si se han empleado mecanismos de control de calidad, y en caso negativo recoger el por qué de esa situación.

Se deberá explicar la cobertura de la intervención, a qué porcentaje planificado de población ha llegado y si se han realizado modificaciones en la intervención.

### **EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LA INTERVENCIÓN**

En este apartado se recogerá en primer lugar el dato de si se ha evaluado o no la intervención realizada.

En caso de que se haya realizado alguna evaluación se desglosará en los diversos tipos de evaluación: formativa, de resultados intermedios (actividades,...), de impacto en modificación de conducta o de los otros determinantes de la salud, y de efecto en la salud de la población o los grupos diana.

En la tabla 16 se muestran de manera esquemática los diversos elementos que se sugieren para presentar de manera resumida las características principales de una propuesta o actividad de promoción de la salud. En la tabla 17 se presenta un ejemplo de utilización de ese esquema aplicado para describir y analizar el programa Zainbide.

Tabla 16. **Tabla resumen de análisis de una intervención de promoción de la salud**

#### **Resumen general de la propuesta de intervención:**

##### **ANÁLISIS DE SITUACIÓN**

Extensión y gravedad del problema

Distribución y evolución del problema en distintos grupos socioeconómicos

Determinantes de la situación

Actores o fuerzas en juego

Evolución previsible sin intervención

##### **DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA**

Intervención(es) propuestas

Población o grupos diana

Modelo(s) o teoría(s) en la que se basa

Recursos implicados

Evidencia previa disponible acerca de la efectividad

Medidas y métodos propuestos para la evaluación de su efecto

##### **IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

Cobertura frente a lo planificado

Indicadores de actividad

Cambios en la intervención

##### **EVALUACIÓN DEL EFECTO**

Fuente: elaboración propia

Tabla 17. Ejemplo de tabla resumen de análisis de una intervención de promoción de la salud: el programa Zainbide

RESUMEN GENERAL DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
Consejo pediátrico a madres y padres de niñ@s de 0 a 4 años de edad para concienciarles sobre los peligros de los accidentes infantiles e informarles de las medidas que pueden realizar para prevenirlos, puesto en marcha por iniciativa del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco
ANÁLISIS DE SITUACIÓN
<p><b>Extensión y gravedad del problema</b></p> <p>Cada año el 10% de los niños menores de 4 años sufre algún accidente (tasa de 101,5/1000), 43% de ellos en el hogar y 29% en espacios públicos. Son la primera causa de muerte en niños de 3-4 años (tasa 8/100.000) y la segunda en los de 1-2 años (tasa 24/100.000). Siendo la causa, por orden de frecuencia, los accidentes de tráfico, las asfixias (sobre todo en el primer año de vida), caídas e incendios</p> <p><b>Distribución y evolución del problema en distintos grupos socioeconómicos</b></p> <p>Factores de riesgo: padres de clase social baja o en desempleo</p> <p><b>Determinantes de la situación</b></p> <p>Conocimientos, experiencias y creencias de los padres; situación socioeconómica</p> <p><b>Actores o fuerzas en juego</b></p> <p><b>Evolución previsible sin intervención</b></p> <p>Mantenimiento o empeoramiento del problema</p>
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA
<p><b>Intervención(es) propuestas</b></p> <p>Información y asesoramiento a padres y madres sobre las siguientes áreas: tráfico, asfixia, caídas, intoxicaciones y quemaduras.</p> <p>Número de sesiones en torno a las 8 en un periodo de 2 años. Herramienta: Guías de seguridad infantil.</p> <p>Duración del programa: continúa</p> <p><b>Población o grupos diana</b></p> <p>Padres o madres de niñ@s de 0 a 4 años que acuden a consultas de pediatría de Osakidetza cuyos profesionales voluntariamente han decidido participar en el proyecto</p> <p>Se pretende generalizar a todos los equipos de la red de Osakidetza</p> <p><b>Modelo(s) o teoría(s) en la que se basa</b></p> <p>Fundamentalmente en el modelo de las etapas del cambio. Otros: modelo de creencias en salud, teoría de la acción planificada, teoría del aprendizaje social, modelo de adopción de precauciones y modelo Precede-Procede de planificación.</p> <p><b>Evidencia previa disponible acerca de la efectividad</b></p> <p>Varios ensayos clínicos aleatorizados</p> <p><b>Recursos implicados</b></p> <p><u>Previos a la puesta en marcha de la actividad:</u></p> <p>Planificación y diseño de la propuesta en servicios centrales,...)</p> <p>Encuesta a padres</p> <p>Encuesta a profesionales</p> <p>Formación de profesionales</p> <p>Guías de seguridad infantil</p> <p><u>De la actividad:</u></p> <p>107 profesionales de pediatría participaron voluntariamente.</p> <p>Número (% del total de la red de Osakidetza)</p> <p>El recurso tiempo por consulta</p> <p>Registro de lesiones accidentales</p> <p><b>Medidas y métodos propuestos para la evaluación de su efecto</b></p> <p>Encuesta previa y posterior a padres<sup>3</sup></p> <p>Registro de accidentes infantiles</p>
IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA
Han participado 107 profesionales de pediatría
EVALUACIÓN DEL EFECTO
<p>Ligera disminución de la <b>tasa de lesiones accidentales</b> (a 97,5/1000 en el año 2000, estadísticamente no significativa)</p> <p>No se ha realizado aún una encuesta planificada para evaluar cambios en actitud y conducta en padres</p>

Fuente: elaboración propia

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---



Tras revisar muchas de las teorías que intentan explicar los determinantes de los estilos de vida, se constata que la mayoría de ellas están centradas en los aspectos relacionados con el cambio individual. No obstante, hoy en día se sabe que la conducta humana está condicionada por otros determinantes que caen fuera del estricto ámbito de control del individuo.

Por ello, y a la luz de los distintos aspectos planteados a lo largo de este documento nos planteamos las siguientes conclusiones:

1. Los programas de promoción de salud que se planteen objetivos amplios poblacionales en la mejora de problemas de salud relacionados con los estilos de vida exigen la combinación de distintas intervenciones multisectoriales: enfocadas a individuos concretos, a grupos específicos, a la sociedad en su conjunto, de cambio de leyes y normativas, de educación sanitaria; u otras.

En un contexto determinado se deberá incidir más en la modificación de algún factor concreto, pero debe tenerse en mente que problemas ocasionados por múltiples factores no se solucionan incidiendo en uno sólo de esos factores y que muchos problemas de salud sólo pueden ser mejorados por medio de una batería amplia de intervenciones desde distintos sectores y ámbitos sociales.

2. Las desigualdades económicas y sociales son un importante determinante de la salud. Para conseguir el objetivo de mejorar la salud de la población es clave que se planteen estrategias específicas para conseguir mejorar la salud de los grupos sociales con peores indicadores de salud, que en general son los ligados a ingresos económicos bajos y peores condiciones de vida sociolaborales. Para ello es imprescindible que se desarrollen iniciativas de mejora en las condiciones generales de vida y laborales en particular de los grupos sociales más desfavorecidos, así como de empoderamiento, tanto individual como colectivo de los mismos.

3. Se constata que existen numerosas teorías, modelos y herramientas de utilidad para la planificación y evaluación de intervenciones

de promoción de la salud, cada una de las cuales puede ser de utilidad en determinados problemas o contextos. No obstante, ninguna teoría, modelo o herramienta será siempre adecuada para todas las situaciones posibles. Asimismo, distintas teorías pueden ser adecuadas y útiles para un mismo problema o situación. Frecuentemente es necesario utilizar más de una teoría o modelo para comprender y abordar un tema de manera integral.

4. En muchos casos distintos grupos, subgrupos o colectivos se encuentran en circunstancias diferentes que exigen un análisis separado de cómo operan distintos determinantes de la salud en cada uno de ellos. Es por ello necesario analizar las características específicas, creencias, actitudes, motivaciones, refuerzos o barreras sociales, en que se encuentra cada colectivo. Los mensajes, métodos, medios, estímulos e incentivos no tienen por qué ser iguales y deberán adaptarse para cada uno de los distintos colectivos.

5. Las intervenciones de educación para la salud, que deben seguir jugando un papel importante, se deberán enfocar a proporcionar información veraz y a potenciar el empoderamiento tanto individual como colectivo. En esas intervenciones se deberá prestar especial cuidado en evitar la culpabilización de quienes tienen y soportan estilos de vida menos saludables.

6. Los programas o intervenciones de promoción de salud deben plantear claramente cuales son los determinantes de la salud sobre los que pretenden incidir, así como dejar claro también qué otros determinantes de la salud quedan fuera de su objetivo o alcance. De esa manera no se crearán falsas expectativas respecto a su previsible impacto y se evitarán posteriores sensaciones de fracaso al evaluar las actividades de promoción de la salud.

7. Se recomienda que las futuras intervenciones de promoción de salud que se dinamicen por las instituciones públicas y/o grupos sociales tengan en cuenta los puntos anteriores.



## BIBLIOGRAFÍA

---



1. Anand S, Peter F, Sen A. (eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
2. Bandura A. *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press 1977.
3. Baranowski T, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments and health behavior interact: social cognitive theory. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
4. Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. *Evidence-Based Public Health*. 2003. Oxford University Press.
5. Carlson A, McDonald EM. Using the Precede-Proceed planning model to apply health behavior theories. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
6. Chou SY, Grossman M, Saffer H. An economic analysis of adult obesity: results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Health Econ*. 2004 May;23(3):565-87.
7. Colomer C, Álvarez-Dardet C. *Promoción de la salud y cambio social*. Masson S.A. 2001. Barcelona.
8. Comisión Europea. European Commission. *Public Health. Health Determinants*. 2003. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/healthdeterminants\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/healthdeterminants_en.htm).
9. Dahlgren G. *European Health Policy Conference: Opportunities for the future*. Vol. 11 - Intersectoral action for health. 1995. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
10. DiClemente R, Crosby RA, Kegler MC. *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
11. Diderichsen, Dahlgren G, Vågerö. *National Institute of Public Health*. 2000.
12. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention *AIDS care* 2000 jun; 12(3):273-8.
13. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
14. Glasgow RS. Evaluation of theory-based interventions: the RE-AIM model. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
15. Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritza. Osasun Saila-Departamento de Sanidad. *Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010*. Vitoria-Gasteiz, 2002.
16. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, California. 1999.
17. Green L, Potvin L. Education, health promotion and social lifestyle determinants of health and disease. En: *Oxford textbook of public health*. Ed. Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. 4th edition. Oxford University Press 2002.
18. Grimaldi D. *Marketing social para la promoción de la salud*. En: Colomer C, Álvarez-Dardet C. *Promoción de la salud y cambio social*. Masson S.A. 2001. Barcelona.
19. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The health belief model. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
20. Kay D, Priss A, Corvalan C (edit.). *Methodology for assessment of environmental burden of disease*. Geneva: WHO; 2000.
21. Kemenade van S. *Social Capital as a Health Determinant: How is it Defined?* *Health Policy Research Working Papers*. Health Canada. Policy Research Communications Unit. 2002. En: <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/engsocial2.html>.

22. Kennedy MG, Crosby RA. Prevention marketing. An emerging integrated framework. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
23. Koelen MA, Van der Ban AW. Health education and health promotion. Wageningen Academic Publishers.2004.
24. Kotler P, Roberto N, Lee N. Social Marketing: Improving the Quality of Life Sage Publications. California. 2002
25. Lewis FM. Perspectives on models of interpersonal health behavior. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
26. Maddock J. The relationship between obesity and the prevalence of fast food restaurants: state-level analysis. Am J Health Promot. 2004;19(2):137-43.
27. Marmot M, Wilkinson R, (Edit.) Social determinants of health. Oxford. Oxford University Press, 1999.
28. Montaño DE, Kasprzyk D. The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
29. Oldenburg B, Parcel GS. Diffusion of innovations. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
30. Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Publicación científico y Técnica N°. 588. 2003. Washington. En: [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm).
31. Ormazabal S. Un mapa (inacabado) del sufrimiento. Sufrimenduaren mapa (osatugabea). Fundación Manu Robles-Arangiz Institutua. Documentos 13. Bilbao. 2003.
32. Departamento de Sanidad-Osasun Saila. Políticas de Salud para Euskadi 2002-2010. Plan de Salud Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2002.
33. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
34. Prüss A, Mathers C, Corvalan C, Woodward A. Assessing the environmental burden of disease at national and local levels. Introduction and methods. environmental burden of disease Series, No. 1. World Health Organisation. Protection of the human environment. Geneve 2003.
35. Rueda JR. Guía para la evaluación del impacto en la salud (y en el bienestar) de proyectos, programas o políticas extrasanitarias. Investigación Comisionada Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2005. Informe Osteba D-05-04.
36. Siegel M, Doner L. Marketing public health. Strategies to promote social change. Aspen Publishers. Inc. 1998. Maryland.
37. Tones K. Health promotion, health education, and the public health. En: Oxford textbook of public health. Ed. Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H..4th edition. Oxford University Press 2002.
38. Weinstein ND, Sandman PM. The precaution adoption model. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
39. Wilkinson R, Marmot M (Edit.) Social determinants of health. The solid facts. Second edition, World Health Organisation.2003.

40. Wilkinson RG. *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*. New Press, New York. 2005.
41. Wingwood GM, DiClemente RJ. The theory of gender and power. A social structural theory for guiding public health interventions. En: DiClemente R, Crosby RA, Kegler MC. *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. Jossey-Bass. Wiley & Sons. 2002. San Francisco.
42. World Health Organisation. *Health For All in the 21st Century*. Geneve. 1998. En: <http://www.euro.who.int/Document/Health21/wa540ga199heeng.pdf>
43. Wurzbach ME. *Community Health Education and Promotion: A Guide to Program Design and Evaluation*. 2002. Aspen Publishers.

#### Otras referencias de interés

1. Adams J, White M. Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *Br J Sports Med*. 2003 Apr;37(2):106-14.
2. Becoña E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas, 1999. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
3. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, 2002. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
4. Downie Rs, Tannahill A. *Health promotion – models and values*. Oxford University Press, Oxford 1996, 2ª edición.
5. Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002 Aug 6;137(3):208-15.
6. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1996.
7. French J. Protecting and promoting health – behavioural approaches. En: *Oxford handbook of public health*. Ed. Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir JA. Oxford University Press 2001.
8. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. 1999 Sep;89(9):1322-7.
9. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *Public Health Med*. 2001 Sep;23(3):219-26.
10. Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *Am J Public Health*. 2003 Apr;93(4):557-74.
11. Nutbeam D. Effective health promotion programmes. En: *Oxford handbook of public health*. Ed. Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir JA. Oxford University Press, Oxford 2001.
12. Nutbeam D, Harris E. *Theory in a nutshell: a guide to health promotion theory*. McGraw-Hill, Sydney. 1999.
13. Petrella RJ, Lattanzio CN. Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Can Fam Physician*. 2002 Jan;48:72-80. Comment in: *Can Fam Physician*. 2002 Jan;48:13-4, 21-3.
14. Pignone MP, Ammerman A, Fernandez L, Orleans CT, Pender N, Woolf S, Lohr KN, Sutton S. Counseling to promote a healthy diet in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med*. 2003 Jan;24(1):75-92.
15. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. 2002 Feb;56(2):119-27.
16. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, New York 1992.
17. Solà-Morales O. La promoción del abandono del tabaquismo: una revisión de las estrategias. Octubre de 2003. Consulta Técnica.

- AATRM. En: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/ct0301es.pdf>
18. Thorogood M, Coombes Y. Evaluating health promotion: practice and methods. Oxford University Press, Oxford 1999.
  19. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. 2000. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo.
  20. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med.* 2002 May;22(4):267-84.

## DOCUMENTOS O INFORMES CONCRETOS

1. Who. Ottawa charter for health promotion. Who, Geneve. 1986.
2. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. En: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/spanish2.pdf>
3. World Health Organisation. Health For All in the 21st Century. Geneve. 1998. En: <http://www.euro.who.int/Document/Health21/wa540ga199heeng.pdf>
4. IUHPE. Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Ministerio de Sanidad.2000. En [http://www.msc.es/profesional/preProSalud/promocion/cont\\_notasFinales.htm](http://www.msc.es/profesional/preProSalud/promocion/cont_notasFinales.htm) - 14.8KB
5. Sarría A. Evaluación de la efectividad de tecnologías para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto Carlos III – Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2002. En: [http://www.isciii.es/publico/drvisapi.dll?Mlval=cw\\_usr\\_view\\_SHTML&ID=1005](http://www.isciii.es/publico/drvisapi.dll?Mlval=cw_usr_view_SHTML&ID=1005)
6. US Task Force on Community Preventive Services. Guide to Community Preventive Services. En: <http://www.thecommunityguide.org/default.htm>.

ANEXOS

---



## **ANEXO I. ALGUNOS RECURSOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD DISPONIBLES EN INTERNET**

### **Organización Mundial de la Salud**

Promoción de la Salud: [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/es/](http://www.who.int/topics/health_promotion/es/)

Determinantes de la salud – Desigualdades en salud:

[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html)

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)

[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/media/csdh\\_report\\_wrs\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf)

### **Comisión Europea**

[http://ec.europa.eu/comm/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/socio\\_economics\\_es.htm](http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/socio_economics/socio_economics_es.htm)

[http://ec.europa.eu/comm/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/keydo\\_socioeco\\_en.htm](http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/socio_economics/keydo_socioeco_en.htm)

### **Ministerio de Sanidad. España**

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/home.htm>

### **SEMFYC - PAPPS Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud**

<http://www.papps.org/>

### **International Union for Health Promotion and Education**

<http://www.iuhpe.org/>

### **La Caja de Herramientas de la Comunidad**

<http://ctb.ku.edu/es/>

### **Health Evidence Network de la OMS**

<http://www.euro.who.int/HEN>

### **Colaboración y Biblioteca Cochrane**

<http://www.bibliotecacochrane.net/Clibplus/ClibPlus.asp>

<http://www.cochrane.es/Castellano/>

### **Cochrane Health Promotion and Public Health Field**

[www.vichealth.vic.gov.au/cochrane](http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane)

**Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre** (vinculada a la Cochrane):

<http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWeb/home.aspx>

### **Campbell Collaboration**

<http://www.campbellcollaboration.org/>

### **Canadian Task Force on Preventive Health Care**

<http://www.ctfphc.org/>

### **U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)**

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

### **The CDC Prevention Guidelines Database**

<http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/prevguid.html>

### **National Institute for Health and Clinical Excellence**

<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byTopic&o=7376>

### **The Community Guide**

<http://www.thecommunityguide.org/>

### **Evidence Based Health Promotion - Health Promotion**

[www.health.vic.gov.au/healthpromotion/quality/evidence\\_index.htm](http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/quality/evidence_index.htm)

### **El EPPI Centre: Revisiones Sistemáticas sobre promoción de salud**

<http://eppi.ioe.ac.uk/cms/>

### **Effective Public Health Practice Project**

<http://www.myhamilton.ca/myhamilton/CityandGovernment/HealthandSocialServices/Research/EPHPP/>

### **Health evidence Canada**

<http://www.health-evidence.ca/>

### **Evidence network**

<http://www.evidencenetwork.org/>





