

TEMA 7. ENTORNOS SALUDABLES.

7.1. Introducción.

Los escenarios o ámbitos de intervención en promoción y educación para la salud identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan. Es importante identificar estos escenarios porque, para trabajar con eficacia, las intervenciones de Promoción de la Salud se deben desarrollar e integrar en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004).

Los entornos no solo se definen por ser las localizaciones para la Promoción de la Salud, sino también por ser entidades sociales o sistemas que cambian y pueden promover su salud. Se tiene en cuenta la influencia en el entorno y en la creación de sus problemas de salud derivados de la relación entre el ambiente social y los factores personales. Al ser un sistema social, el objetivo de la intervención en un escenario no son solo las personas sino también las estructuras y patrones sociales que lo conforman. Tal y como afirman varios informes (Dennis, 2000; Shinko, Takehito, Keiko & Masafumi, 2001; Trevor, 2001), la aproximación por entornos puede considerarse que ha demostrado su capacidad de:

- movilizar apoyo político e introducir temas de salud en la agenda política,
- crear cauces de participación y modelos de empoderamiento, y
- desarrollar redes muy amplias (literalmente mundiales) de colaboración, innovación e intercambio de experiencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado programas basados en entornos saludables. El primero de ellos ha

sido el de Ciudades Saludables, posteriormente Escuelas Promotoras de Salud, Hospitales Promotores de Salud y Prisiones Saludables, dejando la puerta abierta a nuevas iniciativas más originales y menos obvias como supermercados saludables, peluquerías promotores de salud o cualquier otra. A continuación se van a analizar las principales características de cada uno de estos entornos.

7.2. Ciudades Saludables.

Precisamente, la ciudad como lugar de convivencia y de vida, tiene un papel determinante en la salud de las personas que viven en ella, ya que es en la ciudad donde se desarrollan las actividades que condicionan la vida del individuo (económicas, sociales, culturales, educativas, de ocio...) y donde se toman las decisiones sobre políticas de vivienda, urbanismo, tráfico, etc. En este sentido, el entorno urbano, como espacio de relaciones y de actividad, y el entorno físico, como espacio o soporte natural adaptado y modificado por el ser humano, marcan unas pautas que habilitan un modo de vida y de utilización del tiempo (ocio, trabajo, obligaciones, necesidades) que no siempre favorecen el mayor bienestar y equilibrio del individuo (tanto por las dificultades de relación como por la degradación medioambiental que el desarrollo incontrolado provoca). Se puede decir que la Promoción de la Salud debe incidir en dos campos de actuación:

- Social y colectivo, creando un medio ambiente y entornos favorables al desarrollo del ser humano.
- Individual, desarrollando las aptitudes personales en el camino de adoptar estilos de vida saludables.

El proyecto de Ciudades Saludables (*Healthy Cities*) comenzó en Europa en 1986 por el empuje de la OMS. En España, al proyecto

se le conoce como Red Española de Ciudades Saludables (RECS), fue constituido en 1988 por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Su objetivo principal es el de la promoción y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos (por ejemplo, algunos desafíos son la contaminación, la violencia o la falta de lugares de esparcimiento que ayuden a la recreación y hagan una vida más saludable). Este objetivo se persigue a partir de un principio fundamental: la necesaria interrelación de los diversos aspectos que influyen en la salud y la necesaria intervención de los sectores, tanto políticos, como económicos, culturales, sociales y medioambientales.

El proyecto Ciudades Saludables, desarrolla los seis principios de la estrategia de la "Salud para Todos en el año 2000", que son:

- *Equidad*. Eliminación progresiva de las desigualdades en relación con la Promoción de la Salud y la atención sanitaria que reciben los ciudadanos con independencia de su nivel económico, cultural o social.
- *Promoción de la Salud*. Abordar la salud y la enfermedad desde un punto de vista colectivo y no exclusivamente individual.
- *Participación comunitaria*. Colaboración y participación de los ciudadanos en el análisis y propuesta de soluciones con el fin de alcanzar un mayor nivel de salud.
- *Atención primaria*. Brindar atención integral al individuo y a la comunidad desarrollando funciones de promoción, prevención, asistencia y recuperación en lo que constituye el primer contacto del individuo con el sistema sanitario.
- *Colaboración intersectorial*. Labor coordinada de todos los sectores que condicionan el proceso salud / enfermedad (medio ambiente, transporte, servicios sanitarios, urbanismo, cultura....), coherentemente con la filosofía del proyecto.

- *Cooperación internacional.* Intercambio de experiencias y colaboración entre las ciudades que contribuirá a estimular y mejorar el trabajo.

7.3. Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo (PST).

La PST es el resultado de combinar esfuerzos de empleadores, trabajadores y sociedad para mejorar la salud y el bienestar de la gente en su lugar de trabajo. Este objetivo se puede alcanzar por la combinación de:

1. Mejora de la organización y del ambiente de trabajo.
2. Promoción de la participación activa en el proceso de PST.
3. Estimulación del desarrollo personal.

La PST no solo beneficia a los trabajadores sino también a los empleadores y las corporaciones con reducción de los costes relacionados con las bajas por enfermedad y mejora de la productividad. Esto también redundará en un importante beneficio social contribuyendo al desarrollo económico y social de los países.

Según Breucker y Schröer (2000), el éxito de la Promoción de la Salud en el Trabajo se refleja en los siguientes indicios:

1. La PST reduce la carga de las enfermedades y apoya las prácticas relacionadas con la salud de los trabajadores.
2. La PST es un elemento fundamental para los puestos de trabajo y el diseño organizativo promotor de la salud.
3. La PST contribuye a la creación de capital social al fortalecer a la persona a título individual y los recursos organizativos que conducen a la salud.

4. La PST reduce el absentismo relacionado con la enfermedad y aumenta la productividad y la competitividad.
5. La PST incide en diversos campos de la política. En particular, la PST es un componente de la política económica e industrial moderna.

Los programas de PST reconocen el efecto combinado de los factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales e informativos sobre el bienestar del trabajador. Utilizando como marco de referencia la Carta de Ottawa (OMS, 1986), la OMS adaptó sus principios al contexto del trabajo, dentro de la iniciativa *Lugar de Trabajo Saludable*. Las intervenciones correspondientes a la PST para el ambiente de trabajo pueden incluir las siguientes áreas, entre otras:

- a) *Construir políticas públicas de trabajo saludable* para todos los sectores de la vida productiva internacional, nacional y local (expedición de normas, reglamentos, planes y programas).
- b) *Crear ambientes favorables en el sitio de trabajo.*
- c) *Fortalecimiento de la organización y participación de la comunidad trabajadora y general* (acción comunitaria a nivel intersectorial, en materia de condiciones del ambiente general, de trabajo, de vivienda, de educación y de vida, entre otros).
- d) *Desarrollo de habilidades y responsabilidades personales y colectivas*, relacionadas con la gestión de la salud, la seguridad, el autocuidado y el desarrollo personal de los trabajadores, sus organizaciones y las comunidades a su alrededor para proteger y mejorar la salud.

- e) *Reorientar los servicios de salud ocupacional y otros servicios de salud*, para incluir la Promoción de la Salud y todos sus aspectos relacionados dentro de sus agendas y lograr un mayor acceso del trabajador a los servicios de salud primaria, preventiva y ocupacional.

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

No existía en aquel momento una legislación que diera cobertura a la Promoción de la Salud en el lugar de trabajo, que se ha desarrollado a partir de la Directiva Marco en Seguridad y Salud de la Unión Europea, traspuesta a la legislación española en la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales. Con ella se posibilita la reorientación del ejercicio tradicional de la seguridad en el trabajo hacia la inclusión de actuaciones más relacionadas con la salud de las personas que trabajan, en la línea de conseguir el objetivo de "Gente sana en empresas sanas".

En 1995 la Unión Europea adoptó un programa de Acción en Promoción de la Salud, Información y Formación en el Campo de la Salud Pública, en el que se incluye el establecimiento, en 1996, de una Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. La Oficina Nacional de Contacto (ONC) para España se encuentra en el Centro Nacional de Condiciones de Trabajo.

Los siguientes puntos caracterizan la situación actual de la PST en Europa:

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

7.4. Promoción de la Salud en las Prisiones.

Más de 2 millones de personas sufren prisión en algunas de las cárceles europeas. Una sentencia de prisión a menudo supone un mayor riesgo de enfermar gravemente o una pérdida de la oportunidad para recuperarse de una enfermedad o dependencia ya existente. Los reclusos que están sanos al comienzo de su periodo en prisión tienen un considerable riesgo de salir de la cárcel con VIH, tuberculosis, problemas con drogas o mala salud mental. Los que entran con algún problema de drogas o con cualquier otro problema relacionado con la salud a menudo dejan de recibir la atención médica apropiada. Además, teniendo en cuenta que los reclusos salen y vuelven a la comunidad, el control de la propagación de enfermedades transmisibles en la cárcel, por lo tanto, beneficia tanto a los reclusos como a la comunidad en general, reduciendo la carga sobre la salud de un país en conjunto.

Reconociendo la necesidad de promover la salud y abordar las desigualdades sanitarias en los centros penitenciarios, la Oficina Europea de la OMS inició en 1995 el Proyecto de Salud en Prisiones (HIPP, *Health in Prisons Project*).

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

A partir de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y el Ministerio del Interior, las prisiones españolas cuentan con uno de los mejores niveles de acceso a las medidas de prevención del VIH del mundo, gracias a una atención integral de las infecciones por VIH, VHB, VHC, las infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis. Estos resultados se deben no solo a la introducción de la terapia antirretroviral de alta eficacia para el VIH, sino también al amplio desarrollo en España de los programas de reducción de daños (basados en el intercambio de jeringuillas, dispensación de metadona, reparto de preservativos, diagnóstico precoz, asesoramiento, etc.). A este respecto, en España se distribuyen anualmente en las prisiones más de 20.000 jeringuillas.

Esta línea de trabajo se mantiene en el III Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida en España, vigente para el período 2008-2012, y en cuyo contexto se desarrollan acciones relacionadas no solo con los programas de reducción de daños sino

también con actividades de formación, actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, etc.

El buen trabajo desarrollado en España en la protección de la salud en las prisiones se ha visto reconocido en 2009 por tres premios otorgados por la OMS a tres proyectos destinados a implantar buenas prácticas de salud en los centros penitenciarios. En concreto, los proyectos premiados han sido:

1. Proyecto del centro penitenciario El Dueso (Cantabria): proyecto visual dirigido a la sensibilización y concienciación sobre la importancia y la evolución de la terapia antirretroviral para el VIH-sida.
2. CD interactivo DULAS, del centro penitenciario de Teruel: contiene material de educación para la salud en materia de VIH, tuberculosis, hepatitis, infecciones de transmisión sexual, prevención del tabaquismo y violencia de género.
3. Centros penitenciarios de Daroca y Zuera (Aragón): programa dirigido a la promoción de la salud mental en la prisión.

7.5. Promoción de la Salud en Hospitales.

La Región Europea de la OMS creó en 1992 la Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud (HPH, *Health Promoting Hospitals*), con el objetivo de modificar la actividad hospitalaria y de otros centros de asistencia sanitaria -eminentemente asistenciales-, aprovechando el potencial humano y de conocimiento, para abarcar todos los problemas de salud con una perspectiva integral.

El hospital es un promotor de cultura en el contexto local, y es un ejemplo para otras instituciones, por lo que las acciones que en él se desarrollen repercutirán en la comunidad. Se considera que la hospitalización puede ser una oportunidad para desarrollar actividades de promoción de la salud, que se debe implementar con otras similares realizadas en la comunidad.

Los hospitales promotores de salud, que comenzaron a implementarse ya en 1988, adoptan acciones destinadas a promover la *salud* de sus pacientes, de su personal y de la comunidad donde están emplazados. Es decir, tratan activamente de convertirse en "organizaciones saludables".

La implementación de la Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud ha tenido más relevancia en Cataluña. La red catalana comenzó en febrero de 1994 con el impulso del Institut d'Estudis de la Salut i la Direcció General de Salut Pública, coordinada por la Fundació Pare Taulí de Sabadell. A pesar de que esta red avanzó en la elaboración de documentos marco y catálogos de acción, las dificultades para obtener financiación que les permitiera formalizar, dar visibilidad y desarrollar su trabajo, llevaron a una debilitación del proyecto. Desde entonces no parece existir en España experiencias importantes en este ámbito.

7.6. Promoción de la Salud en Escuelas.

La red de Escuelas para la Salud en Europa (SHE, *School for Health in Europe*) es una plataforma cuyo principal objetivo es apoyar a organizaciones y profesionales en el campo del desarrollo y mantenimiento de la Promoción de la Salud en la escuela. Esta red tiene una fuerte base en la experiencia desarrollada por su precursora, la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud

(REEPS). Dicha experiencia ha facilitado el trabajo estratégico conjunto entre los sectores educativo y sanitario. La REEPS tiene una larga historia. Comenzó en Europa en 1991, se puso en marcha como proyecto piloto en España a finales de esa misma década. Actualmente, el organismo coordinador de la red de Escuelas para la Salud en España es el Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa, del Ministerio de Educación.

Es evidente que el papel principal de las escuelas es la enseñanza-aprendizaje del contenido curricular. Pero la escuela también tiene un gran potencial en la Promoción de la Salud y el desarrollo de la infancia, de la juventud, de las familias y, en general, de toda la comunidad educativa. Existe cada vez más evidencia acerca de la mayor efectividad de los programas de salud cuando incluyen las actividades promotoras de salud dentro de un enfoque global de la escuela, implicando actividades en más de un ámbito (Stewart-Brown, 2006). Estos enfoques crean un entorno de apoyo físico, social y de aprendizaje, que involucra al alumnado, a las familias, a las comunidades y a las organizaciones.

Una escuela promotora de salud implica al personal de salud y de educación, a los profesores, estudiantes, padres y líderes de la comunidad, en la tarea de promover la salud. Fomenta la *salud* y el aprendizaje con todos los medios a su alcance, y hace todo lo que está en su mano para ofrecer ambientes favorables para la salud y una serie de programas y servicios clave de promoción y educación para la salud.

La red de Escuelas para la Salud ha empleado un programa innovador, introduciendo nuevas ideas y enfoques basados en la evidencia y en la calidad en promoción de salud escolar. A partir de la

experiencia conseguida en las casi dos décadas de existencia de la red, la OMS proclama las siguientes consideraciones:

- La Educación para la Salud está integrada en los curriculums de las enseñanzas de régimen general no universitaria. El grado de desarrollo de la Promoción de la Salud en los centros educativos depende de su integración en el Proyecto Educativo de Centro y en el Proyecto Curricular de Etapa.
- La coordinación y cooperación entre sanidad y educación, en los niveles local, autonómico y estatal es un requisito para garantizar la coherencia y pertinencia de las intervenciones. La existencia de comisiones de coordinación y grupos de trabajo es un indicador de la voluntad política existente.
- La formación conjunta del profesorado, de los profesionales sociosanitarios y de otros agentes implicados es un aspecto clave para mejorar la calidad y la continuidad de las actuaciones de educación y promoción de salud en los centros educativos.
- La motivación e implicación del alumnado y la existencia de cauces de participación de las familias son criterios que permiten el logro de los objetivos de la Promoción de la Salud en los centros educativos. El centro educativo debe ofrecer al alumnado un ambiente físico y social que le permita vivir experiencias coherentes con la salud. Un clima escolar positivo y buenas relaciones interpersonales es un objetivo prioritario en Promoción de la Salud.
- En la educación universitaria, incluida la de Ciencias de la Salud, la educación sanitaria tiene una importancia curricular

bastante “pobre”, donde la hay, o inexistente en carreras donde debería haberla. Aún más, se puede decir que las actitudes y motivación del alumnado universitario al respecto son consecuentemente bastante deficientes, debido a la poca trascendencia curricular de la educación sanitaria y la Promoción de la Salud. En definitiva, salvo que en formación de postgrado se reciba formación al respecto (como es el caso en la especialidad médica de medicina preventiva y salud pública), los universitarios españoles están muy mal capacitados para mejorar la competencia pública y profesional en Promoción de la Salud e incrementar el conocimiento en salud en otros sectores.

7.7. Referencias bibliográficas.

- Breucker, G. & Schöer, A. (2000). *Escenarios 1: Promoción de la salud en el lugar de trabajo*. En Merino, B.; Arroyo, H. & Silva, J. (Eds). La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Parte II: Libro de Evidencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Dennis, R. (2000). The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15, 355-367.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Toronto, Ontario, Canadá: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.

- Shinko, Y., Takehito, T., Keiko, N. & Masafumi, W. (2001). Effectiveness of a community leaders' programme to promote healthy lifestyles in Tokyo, Japan. *Health Promotion International*, 16, 235-243.
- Stewart-Brown, S. L. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).
- Trevor, H. (2001). People, partnerships and human progress: building community capital. *Health Promotion International*, 16, 275-280.