

LA  
PROMOCIÓN  
DE LA SALUD:  
UNA  
PERSPECTIVA  
PEDAGÓGICA

*M<sup>ª</sup> Dolores Flores Bienert  
(Coord.)*

  
**Serie EDUCACIÓN SOCIAL**

Colección de libros dedicada al análisis de la educación social desde las diversas plataformas del saber. Títulos de convocatoria teórica y vocación práctica con el objetivo de abrir los senderos de la Pedagogía Social a estudiantes y a todos aquellos interesados por este ámbito de conocimiento. Colección pensada también para profesores de Pedagogía Social y profesionales de la educación social quienes disfrutarán leyendo sobre aquello que les preocupa en su práctica cotidiana profesional.

Dirigida por JUAN SÁEZ CARRERAS, Profesor Titular de Pedagogía Social de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia.

© M<sup>a</sup> Dolores Flores Bienert (Coord.)

Juan Antonio Munuera Marín (Transcripción)

- *Manuel Alves Rodrigues*. Profesor Coordinador. ESEAF. (Universidad de Coimbra)
- *David Armero Barranco*. Profesor Ayudante Departamento de Enfermería (Universidad de Murcia)
- *Andrés Escarbajal de Haro*. Profesor Titular Departamento Teoría e Historia de la Educación (Universidad de Murcia)
- *M<sup>a</sup> Dolores Flores Bienert*. Catedrática Departamento de Enfermería (Universidad de Murcia)
- *Mercedes García Herrero*. Diplomada en Enfermería. Funcionaria ISSORM.
- *Alfonso García Martínez*. Profesor Titular Departamento Teoría e Historia de la Educación (Universidad de Murcia)
- *Juan José Gascón Cánovas*. Profesor Asociado Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública (Universidad de Murcia)
- *Bartolomé Llor Esteban*. Catedrático Departamento de Enfermería (Universidad de Murcia)
- *Francesc Medina i Mirapeix*. Profesor Titular Departamento de Fisioterapia (Universidad de Murcia)
- *José Antonio Rabadán Rubio*. Doctor en Ciencias de la Educación (Universidad de Murcia)
- *Juan Ramón Ordoñana Martín*. Profesor Asociado Departamento Psicobiología (Universidad de Murcia)
- *Juan Sáez Carreras*. Profesor Titular Departamento Teoría e Historia de la Educación (Universidad de Murcia)
- *Montserrat Sánchez Ortuño*. Becaria Investigación. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Murcia.

© *Derechos de edición:*

**Nau Llibres. Periodista Badía 10.**

**Tel.: 96 360 33 36, Fax: 96 332 55 82. 46010 VALENCIA**

**E-mail: [nau@naullibres.com](mailto:nau@naullibres.com) web: [www.naullibres.com](http://www.naullibres.com)**

*Diseño de portada e interiores:*

**Artes Digitales Nau Llibres**

*Imprime:*

**Guada Impresores S.L.**

**ISBN: 84-7642-643-7**

**Depósito Legal: V- x.xxx - 2002**

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización por escrito de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático.



# ÍNDICE

Presentación .....	7
Capítulo 1: La promoción de la salud: Perspectivas internacionales .....	9
M <sup>a</sup> Dolores Flores Bienert, Mercedes García Herrero, José Antonio Rabadán Rubio	
Capítulo 2: La evaluación de los programas de promoción de la salud .....	23
Juan José Gascón Cánovas, Francesc Medina i Mirapeix, Montserrat Sánchez Ortuño, Bartolomé Llor Esteban	
Capítulo 3: Educación para la salud y comunicación sobre riesgos .....	41
Juan Ramón Ordoñana Martín	
Capítulo 4: Comportamiento saludable y cumplimiento terapéutico .....	59
Montserrat Sánchez Ortuño, Juan José Gascón Cánovas, Bartolomé Llor Esteban	
Capítulo 5: Educación para la salud en el ámbito hospitalario: Un caso práctico... ..	89
M <sup>a</sup> Dolores Flores Bienert, David Armero Barranco, Mercedes García Herrero	
Capítulo 6: Estrategias de formación de educadores en salud .....	115
Manuel Alves Rodrigues	
Capítulo 7: Educación para la salud en el campo laboral .....	131
M <sup>a</sup> Dolores Flores Bienert, José Antonio Rabadán Rubio, Mercedes García Herrero	
Capítulo 8: Efectos de la exclusión en la salud .....	153
Alfonso García Martínez y Antonia M <sup>a</sup> Sánchez Lázaro	
Capítulo 9: Educación para la salud ante el sida .....	167
Alfonso García Martínez y Antonia M <sup>a</sup> Sánchez Lázaro	
Capítulo 10: Educación sexual en adolescencia: Mitos y perspectivas .....	179
Antonia M <sup>a</sup> Sánchez Lázaro y Alfonso García Martínez	



# PRESENTACIÓN

El territorio de conocimiento de la educación para la salud sigue creciendo. Es evidente. El discurso es cada vez más rico y posibilitador, ya se analice desde una perspectiva global y comprensiva, ya se haga adentrándose en aspectos particulares donde los trabajos y las exploraciones sobre sida, drogodependencia, maltrato... son más frecuentes y aumentan nuestro conocimiento de áreas sobre las que, hace tan solo unas pocas décadas, apenas teníamos información. Como confirman los estudios realizados sobre las preocupaciones que muestran los profesores y educadores en sus aulas, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, es la educación para la salud la transversal que más les interesa muy por encima de las otras transversales propuestas por la Reforma Educativa.

La educación para la salud, por tanto, a nivel teórico y como objeto de atención por parte de los prácticos que pueden recrearla en sus centros de trabajo, está recorriendo un camino muy sugestivo sólo dificultado por aquellos factores y condicionamientos de diversa índole que limitan la aplicación de los principios y supuestos de las propuestas pedagógicas que dan cobertura a la citada disciplina. Tales dificultades y limitaciones no son exclusivas de esta geografía cognitiva. En otros espacios de reflexión y de intervención, donde se haya involucrada la educación, también se detectan no pocos obstáculos.

Pero ello no sólo ocurre con el sustantivo educación sino también con el adjetivo que orienta las metas de las prácticas educativas: el mundo de la salud. Foucault nos invitó a utilizar el escalpelo de la crítica con las organizaciones médicas y no menos ácido fue Ivan Illich cuando puso en solfa el quebrantado cuerpo de los pacientes y su salud debido a una medicina excesivamente autocomplaciente, “poderosa y prepotente” en palabras de Thomas Szasz, que bloqueaba las posibilidades de un trato humanitario con las personas destinatarias de los programas y actividades sanitarias. Mas recientemente Gadamer, sin salirse de sus intereses filosóficos por los que suele circuitar su pensamiento, cayó en la tentación de tratar de identificar el estado actual de la medicina, sumergida entre la ciencia y el arte, el progreso y la deshumanización, presa de intereses técnicos pero también económicos, los propios de nuestra sociedad post-industrial, donde la salud, como la enfermedad y la muerte, se han convertido en “uno de los innumerables procesos productivos de la vida económica moderna”.

Educación y salud, por aislado, evocan dos tipos de procesos y actividades que no están exentos de problemas cuando procuran ser realidad. Como tantos otros fenómenos en donde interviene lo humano. Su conjunción, la articulación de una y otra, no se escapa, por ende, a la problematización. Sin embargo es difícil no reconocer lo sugestivo que es la relación de estos dos elementos/conceptos, impensable, hasta hace poco tiempo, en los foros e instituciones respectivas, donde se defienden la educación y la salud. La “fertilización cruzada” de estos dos campos de acción y conocimiento está mostrando las posibilidades relacionales que encierra el saber. Desde que un buen número de investigadores y profesores, teóricos y prácticos, se apercibieron de la fecundidad que ofrecía tal relación, no han cesado de multiplicarse los textos, artículos, las comunicaciones..., así como todo tipo de eventos (Jornadas, Seminarios, Congresos...), procurando profundizar en el binomio tanto como intentando sensibilizar a la ciudadanía sobre su pertinencia, su relevancia y legitimidad.

En educación para la salud ya dispone el interesado lector de un amplio mosaico de conocimientos, datos, informaciones..., que vienen formulados a través de modelos, teorías, procesos, metas, recursos y resultados, que son una oportunidad para que el neófito se sitúe en el terreno donde pretende adentrarse. Definiciones, conceptos, teorías, estrategias..., todo ello puede identificarse en una cada vez más amplia y rigurosa bibliografía. Las tendencias en salud, los enfoques en educación para la salud, los modelos de intervención, la/s diferencia/s existentes entre el modelo médico y el modelo educativo para dejar sentado que la educación para la salud es sobre todo educación y que la utilización del primer modelo es contrario a su natura... todas estas cuestiones han sido teorizadas por quienes se han sentido atrapados en las redes gratificantes del conocimiento y su capacidad para explicar y aproximarnos a las realidades humanas. Programas y proyectos, de carácter preventivo, asistencial o promocional, con carácter mas o menos pedagógicos unos, y psicológicos otros, las actitudes y roles de los profesionales involucrados en las actividades educativas, las técnicas y procesos que utilizan, el modo en que evalúan tales procedimientos, el papel de los destinatarios de tales programas..., son cuestiones más particulares que no han cesado de atraer la atención de los investigadores y profesores de esta disciplina (es de suponer que con el tiempo se llegue a convertir incluso en un área) orientada a los alumnos que un día tendrán la oportunidad de poder trabajar con competencia y capacidad.

El libro que coordina María Dolores Flores Bienert viene a enriquecer este panorama tan sugerente. La autora de esta compilación de textos, recién llegada al cuerpo de catedráticos de universidad, nos oferta una serie de colaboraciones para seguir ahondando en las temáticas que explicitan el título de la obra: la promoción de la salud abordada desde una perspectiva pedagógica. Partiendo desde diversos puntos de vista, utilizando diferentes enfoques, aplicando distintos procedimientos para obtener la información y luego recrearla en el papel, instalándose en posiciones diversas..., cada uno de los artículos que componen este libro comparten la filosofía y el espíritu propuesto por su autora. Se ha comentado que el principio de toda prevención es siempre educativo. La investigación pedagógica ha sido capaz de formular, mas allá de planteamientos estancos, que la prevención es, además, al mismo tiempo, promoción, confirmando las concepciones de Gramsci cuando afirmaba que, al fin y al cabo, la finalidad de la educación consistía en “incorporar al sujeto al espíritu y al entorno de su época”. La prevención como la promoción forman, así, un continuum dialéctico, de ascensos y regresos, de alzas y retrasos, a los que no puede sustraerse la pedagogía, como discurso, ni la educación, como practica.

En realidad, la educación, esa educación capaz de identificar, comprender, abrir sugerencias, potenciar creatividades, fomentar distintos puntos de vista... tiene por objeto la mejora de la calidad de vida. No es difícil ponerse de acuerdo en este aserto. Y en esa mejora, en ese proceso de mejora, a fuer inteligente de M<sup>ra</sup> Dolores Flores, la educación para la salud ha sabido formularse, como una de sus estrategias fundamentales, el tratar de que los destinatarios de las practicas educativas que se implementan sean capaces de dominar su mundo objetivo, su espacio vital, social y cultural siempre, para insertarse equilibradamente en él y promocionarse en salud física y mental. Un intento loable en el que se ponen de manifiesto las posibilidades que encierra esta nueva y potente disciplina. Libro, por tanto, necesario para los que quieren adentrarse en estas nuevas propuestas, alumnos y profesores, pero también urgente para los profesionales que están vivificando el campo.

Juan Sáez Carreras. *Murcia, septiembre de 2001*

# Cap. 1

## La Promoción de la Salud: Perspectivas Internacionales

M<sup>a</sup> Dolores Flores Bienert  
Mercedes García Herrero  
José Antonio Rabadán Rubio

### 0. Introducción

En la actualidad, en los países desarrollados, tanto la Salud positiva como la pérdida de la misma, así como las muertes prematuras guardan estrecha relación con el modo de vivir y el cumplimiento de las prescripciones facultativas en la materia. De hecho, la consecución de niveles altos de Salud positiva y la prevención frente al riesgo de muerte prematura dependen, en gran medida, de la aplicación por parte del individuo, de grupos y comunidades, de conductas positivas de Salud (Salleras, 1990).

No cabe duda de que la Salud no es más que una conducta sana, apropiada y adaptada a las situaciones, medios y circunstancias de la vida que exige comportamientos adecuados para crearla, mantenerla, conservarla y preservarla.

Si se tiene en cuenta las diversas circunstancias que determinan los problemas de Salud de nuestra época, se encuentra siempre un factor común: una conducta humana que crea condiciones contrarias para la Salud en el medio ambiente, que favorece irracionalmente el contagio o que produce la aparición de la enfermedad, por lo que puede deducirse que son actuaciones que, de un modo u otro, definen nuestros problemas de Salud y que éstos permanecen a pesar de los tratamientos médicos.

Admitiendo que la atención de Salud se encuentra obstruida frente a los grandes problemas de Salud de nuestro tiempo, conviene asumir también que dicha atención se centra básicamente en la tecnología médica olvidando los aspectos de promoción de la Salud: «Porque cambiar comportamientos y crear actitudes favorables a la Salud es educar, es una tarea educativa» (Castillo, 1995).

## 1. Precisiones conceptuales de la Promoción de la Salud

La promoción de la Salud se interpreta como un conjunto de medidas que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y el estado de Salud de los individuos de la familia y de la comunidad (Nutbean, 1986). La promoción produce una vinculación de la población con su propio entorno, con el fin de conseguir no sólo cambiar las condiciones de vida sino la forma de vivir, y su campo de actuación comprende a toda la población, sana y enferma, de tal manera que la promoción de la Salud implica trabajar con la población para promover estilos de vida sanos, intervenir sobre el entorno para mantener los factores favorecedores de dichos estilos y eliminar los que no lo sean. Los cinco principios clave de la promoción de la salud según la OMS son los siguientes:

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente, que está más allá del control de los individuos, sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar la manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud (O.M.S., 1984).

Puede considerarse elemento impulsor del concepto de Promoción de la Salud, acuñado en una primera etapa por Sigerist (1981), el dotar a la sanidad de determinadas funciones: Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, Restablecimiento del Enfermo y Rehabilitación del paciente (Nótese la similitud de estas funciones con las determinadas en la Ley General de Sanidad española de 1986). En una primera aproximación, hay que tener en cuenta el *informe Lalonde*, donde se reconoció extensamente que la asistencia sanitaria no era el único factor responsable de la Salud de la población, considerando otros de igual o mayor importancia tales como factores ambientales, biológicos y los relacionados con el comportamiento, como son los estilos de vida (Asenjo, 1999).

Como segundo elemento impulsor, puede citarse la respuesta de la Organización Mundial de la Salud a la situación generada por la escasa incidencia en la Salud de la población, de los factores asociados a la asistencia sanitaria, respuesta que llevó a elaborar en 1977 la "Estrategia Mundial Salud para todos en el año 2000", donde se reflejaban una serie de objetivos cuya orientación iba destinada a elaborar planes nacionales, regionales y locales en la consecución del objetivo Salud para todos los pueblos y naciones (Najera Morrondo, 1996).



## 2. Conferencias Internacionales de la Salud

En el año 1978, se celebra la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, con la participación de todos los países miembros de la OMS donde se llegó a la conclusión de considerar a la Salud como:

Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, un derecho humano fundamental. El logro del grado más alto posible de Salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de Salud (OMS, 1978:2).

Asimismo y con relación al término promoción de la Salud, la Conferencia se pronuncia expresando que:

La promoción y protección de la Salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y la paz mundial (OMS, 1978:3).

Se pueden señalar como aportaciones fundamentales de esta declaración, implícitas en las citas anteriores, las siguientes:

- La Salud es un derecho humano fundamental cuya responsabilidad recae en los gobiernos de las naciones.
- La participación comunitaria es indispensable para el logro de la promoción de la Salud considerándola un derecho y un deber de la población.
- Se considera esencial una participación multisectorial para alcanzar los objetivos de Salud para todos.
- Existe una estrecha relación entre promoción y desarrollo económico y social.
- La promoción de la Salud contribuye a la paz mundial, debido al aumento en la calidad de la vida de los habitantes del mundo.

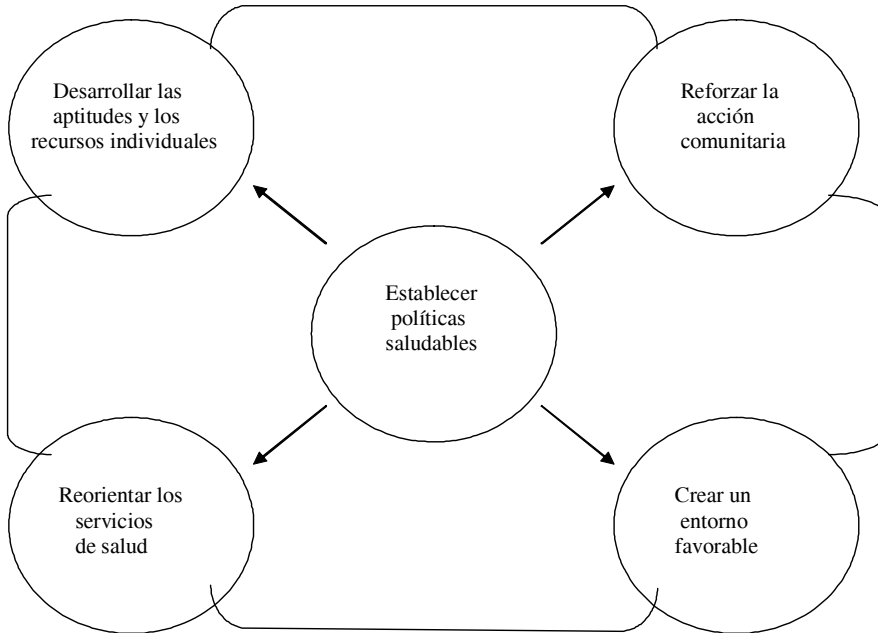
### ALMA-ATA 1978: Atención Primaria.

- Promoción de la salud: apoyo de la administración, voluntarios, grupos juveniles y femeninos, Cruz Roja, etc.
- Participación comunitaria:
  - o El pueblo tiene el derecho y el deber de participar en lo que a su salud se refiere.
  - o Los gobiernos deben dar información a la población, incrementar la alfabetización y permitir que la comunidad se haga responsable de su salud y bienestar.
- Propuestas de acción: formación del personal, mejor distribución de recursos, investigación...

Cuadro n° 1: Esquema de las aportaciones de Alma-Ata.

Un acontecimiento muy significativo en el desarrollo y aplicación de la Promoción de la Salud lo constituye la Conferencia de Ottawa celebrada en 1986, en la que se discutieron diversas estrategias para llevar a cabo la promoción de la Salud, concluyendo con la presentación de un esquema de acción global de promoción de la Salud, denominada “Carta de Ottawa”, cuya figura se adjunta a continuación: (Figura 1).

Figura nº 1: Esquema de una acción global de promoción de Salud.



Fuente: Modificado Presentación de Kickbush, Conferencia internacional de promoción de la Salud, Ottawa, 1987.

En ella puede observarse que se precisan cinco estrategias para poder actuar sobre los determinantes de la Salud:

- Establecer políticas Saludables.
- Desarrollar las aptitudes y recursos individuales.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Crear un entorno que favorezca la Salud.
- Reorientar los servicios de Salud.

Aunque en la Carta no se hagan referencias explícitas a la Educación Sanitaria, puede afirmarse que las cinco estrategias propuestas llevan una gran carga educativa. Se citan como ejemplos: la dificultad de actuar sobre los individuos para *desarrollar sus aptitudes y recursos individuales* sin la acción educativa, así como la de *reforzar la acción comunitaria* sin acciones educativas sostenidas por la participación de la comunidad, o bien, conseguir *un entorno que favorezca la Salud*. si no existe una política de educación ambiental.

Completando el comentario anterior, el documento indica:

Es necesario el establecimiento de políticas que apoyen y refuercen la acción educativa para la Salud en el terreno de base del desarrollo de los recursos humanos y económicos a ella destinados, de la investigación, de la creación de sistemas de control de las actividades realizadas y de la vigilancia y la intervención tanto en el ámbito estatal como en el comunitario (García Martínez, 1998: 57).

Según la Organización Mundial de la Salud, la promoción de la Salud se ha convertido en elemento común para todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en nuestro modo de vida y en nuestros hábitos, con la finalidad de mejorar nuestro estado de Salud. La promoción de la Salud aparece como una estrategia de mediación entre la población y su entorno, operando la síntesis entre las elecciones individuales y la responsabilidad de la sociedad en el ámbito de la Salud o, dicho de otro modo, de lo que se trata es de intervenir y actuar para aumentar los determinantes de la Salud (Alfonso Roca y Álvarez-Dardet, 1992).

**OTAWA 1986:** Salud para todos en el año 2000.

- Educación para la salud: A través de las escuelas, hogares, lugares de trabajo, ámbito comunitario....
- Promoción de la salud: Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Es una acción coordinada entre los gobiernos, personal sanitario, medios de comunicación, etc.
- Participación comunitaria:
  - o En la fijación de prioridades.
  - o Toma de decisiones.
  - o Elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación.
- Propuestas de acción:
  - o Promocionar la salud.
  - o Proporcionar los medios.
- Medio ambiente:
  - o Protección de ambientes naturales y artificiales.
  - o Conservación de recursos naturales.

**Cuadro n° 2: Esquema de las aportaciones de Ottawa.**

Otro de los hitos importantes en la Promoción de la Salud en el ámbito internacional lo supuso la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Adelaida (Australia), con el emblema de “Política Sana. Estrategias de Acción” en abril de 1988.

En esta Conferencia, se desarrollaron las estrategias recogidas en la Carta de Ottawa situando la intensidad de la discusión en el establecimiento de políticas saludables para incidir en la promoción de la Salud de los pueblos. Se insiste especialmente en una Salud igual para todos, corrigiendo las desigualdades existentes mediante cambios en la política de los gobiernos centrales, autonómicos y locales y, además, se aporta un matiz de reconocimiento del valor Salud por parte de la comunidad, no sólo como derecho y deber, ya comentado anteriormente, sino como impulsor de una mejora en los sistemas de producción de la población, con la consiguiente repercusión en su sistema económico.

Como resultado de esta Conferencia, se elaboró un documento denominado “Recomendaciones de Adelaida”, donde se reflejan como acciones políticas urgentes las siguientes: (Najera Morrondo, 1996)

- Comprometer a las mujeres como principales promotoras de Salud, respaldando sus organizaciones, optimizando su formación y educación y avalando su autonomía en materia de Salud en las actividades relacionadas con la natalidad, el cuidado de los hijos y de los hogares y la asistencia sanitaria.
- Propugnar una política alimentaria que garantice una alimentación equilibrada y ajustada a las necesidades calóricas de cada persona.
- Prohijar acciones tendentes a reducir el consumo de tabaco y alcohol, sobre todo en los jóvenes.
- Promover la participación activa de todos los sectores implicados de la sociedad en conseguir un ambiente saludable en el sentido amplio del término.

**ADELAIDA 1988:**

- Educación para la salud: Es básica para conseguir una adecuada promoción de la salud.
- Promoción de la salud: Deben participar en ella sectores públicos y privados.
- Participación comunitaria: Se requiere una adecuada educación para la salud previa.
- Propuestas de acción:
  - o Un adecuada política de salud debe incluir a los pueblos indígenas, minorías étnicas e inmigrantes.
  - o Cuatro áreas de acción:
    - Nutrición
    - Salud en la mujer.
    - Tabaco y alcohol.
    - Medio ambiente favorable.
- Medio ambiente: Básico para permitir que la vida comunitaria se desarrolle en ambientes saludables.

**Cuadro n° 3: Esquema de las aportaciones de Adelaida.**

Se propone una tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que se celebró en Sundsvall (Suecia, 1991), donde se trató principalmente la creación de los medios favorables para la Salud (OMS, 1997).

En el cuadro siguiente (n° 4) pueden apreciarse las aportaciones más significativas de esta conferencia internacional.

**SUNDSVALL 1991:**

- Educación para la salud: los pueblos indígenas tienen un amplio conocimiento del medio ambiente. Por ello, sería necesario que tuviesen un papel importante a la hora de educar a la población acerca del medio que nos rodea.
- Promoción de la salud: incluye al medio ambiente como el máximo exponente de la salud. La promoción de la salud va dirigida a lograr un medio ambiente propicio para la vida.
- Participación comunitaria: la comunidad debería ser consciente del papel que el medio ambiente tiene en nuestra salud para conseguir una naturaleza que permita un desarrollo saludable para la vida.
- Propuestas de acción: adecuada educación a niños, salud en la mujer, accesibilidad al sistema sanitario, equidad, importancia de la mujer en la salud (educación...).
- Medio ambiente: Hay que concienciar a los gobiernos y comunidades de la importancia que el medio ambiente tiene para la salud. Hay que conseguir un medio ambiente adecuado, tanto en zonas rurales como urbanas.

**Cuadro n° 4: Esquema de las aportaciones de Sundsvall.**

Como otro de los acontecimientos significativos en este campo, se refleja la “Déclaration de Jakarta sur le promotion de la santé au XXI”, declaración que fue adoptada en la cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997 en Jakarta, República de Indonesia (OMS, 1997). Los principios que se reflejan en dicha Declaración son:

- *La Promoción de la Salud es una cuestión capital* al ser un derecho fundamental de la persona y un factor indispensable para el desarrollo económico y social. Además se ha de considerar como un elemento esencial del desarrollo sanitario. La promoción de la Salud, de acuerdo con la Declaración, propone una visión de conjunto y la sitúa de cara al siglo XXI, con la intención de utilizar todos los recursos existentes para actuar sobre los determinantes de la Salud en el siglo próximo.
- *Los determinantes de la Salud: nuevos desafíos.* Las condiciones previas para la instauración de la Salud son la paz, la vivienda, la alimentación, la renta, el ecosistema estable, la utilización adecuada de los recursos, la justicia social, el respeto a los derechos humanos, cuestiones reflejadas en anteriores conferencias internacionales de promoción de la Salud citadas en epígrafes precedentes. Sin embargo, se presta especial atención a la pobreza que, sin duda, supone la amenaza más grave para la Salud.

También se tiene en cuenta en la actualidad, como influyentes en la Salud, factores demográficos tales como aumento del número de personas mayores por el incremento de las expectativas de vida, la violencia doméstica, la resistencia a los tratamientos farmacológicos, especialmente en lo que se refiere a los antibióticos, la aparición de nuevas enfermedades infecciosas, el resurgimiento de nuevos problemas de Salud mental, etc... Todo ello amenaza la Salud y el bienestar de cientos de millones de personas que exigen medidas de urgencia, por lo que la Declaración determina que la promoción de la Salud futura debe responder a estos cambios en los determinantes de la Salud.

- *La Promoción de la Salud como factor de cambio.* Las estrategias de la promoción de la Salud pueden crear y modificar los estilos de vida, así como las condiciones sociales, económicas y del ambiente que determinan la Salud. La Declaración considera que la promoción de la Salud es una apuesta concreta para potenciar la igualdad en materia de Salud.

Como reflexiones a estas situaciones sociosanitarias, la Declaración estima que se precisan nuevas soluciones, que podrán hacerse realidad en los años venideros y que se concretan en movilizar todo el potencial de la promoción de la Salud que existe en numerosos sectores de la sociedad, en las comunidades locales y en el seno de las familias.

La cooperación entre los poderes públicos, organizaciones gubernamentales o no gubernamentales y entre los sectores públicos y privados es indispensable, y supone la creación de nuevos protagonistas en el cuidado de la Salud. (Cuadro n° 5)

Señala como prioridades en la promoción de la Salud para el siglo XXI las siguientes:

- Promover la responsabilidad social en favor de la Salud.
- Aumentar los recursos para desarrollar la Salud.
- Reforzar y ampliar los recursos personales para la Salud.
- Aumentar las capacidades de la comunidad proporcionando al individuo los modos de actuar.
- Poner en marcha una infraestructura suficiente para la promoción de la Salud.

#### **JAKARTA 1997:**

- Educación para la salud: para lograr una adecuada promoción de la salud.
- Promoción de la salud:
  - o Elemento indispensable para el desarrollo de la salud.
  - o Capacitación de la comunidad para mejorar su salud.
  - o Realizada por y con la comunidad.
- Participación comunitaria: Indispensable para lograr los efectos deseados. Es esencial la información y la educación.
- Propuestas de acción: Cinco estrategias:
  - o Promover la responsabilidad social por la salud.
  - o Aumentar las inversiones en la salud..
  - o Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.
  - o Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
  - o Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.
- Medio ambiente: Los sectores públicos y privados deben proteger el medio ambiente y asegurar los recursos.

**Cuadro n° 5: Esquema de las aportaciones de Jakarta.**

La Conferencia de México celebrada en el año 2000 aporta los siguientes presupuestos: se considera una vez más a la Educación para la Salud como necesaria e imprescindible para que la comunidad participe en el cuidado de su propia salud o autocuidado. Al

igual que la Declaración de Adelaida, vista con anterioridad, se le otorga un papel prioritario en la Educación de la familia a la mujer, como responsable tradicional en el cuidado y educación de los hijos. Asimismo, se insiste en la consideración de una fundamentación científica en la promoción de la salud y se hace especial hincapié en la participación comunitaria (Cuadro n° 6).

**MÉXICO 2000:**

- Educación para la salud: necesaria para que la comunidad participe activamente en cuestiones relacionadas con su propia salud. Papel importante de la mujer (educación a los hijos).
- Promoción de la salud:
  - o Fundamento científico.
  - o Pertinente para la sociedad.
  - o Tiene en cuenta aspectos políticos.
  - o Incluye acciones dirigidas a:
    - Condiciones sociales, económicas y ambientales.
    - Comportamientos de salud individual.
- Participación comunitaria: muy importante la acción colectiva a nivel local. Para ello, la población debe estar informada y participar en la toma de decisiones. La mujer tiene un papel muy importante.
- Propuestas de acción: inversión en investigación, indicadores de salud, cooperación entre investigadores, utilización de recursos, equidad...
- Medio ambiente: la interrelación entre la economía, adecuada alimentación, derechos humanos básicos y medio ambiente propicio es necesaria para conseguir un óptimo nivel de salud.

Cuadro n° 6: Esquema de las aportaciones de México.

### 3. Comparación entre las distintas Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud

Desde 1978 hasta nuestros días, se han celebrado seis Conferencias de Promoción de la Salud en todo el mundo, lo que nos indica la importancia de la promoción de la salud para conseguir un óptimo nivel de salud en la población internacional. El presente apartado trata de subrayar los puntos más importantes que se trataron en estas Conferencias y la evolución de los conceptos de salud a lo largo del tiempo. Para ello, se han fijado una serie de parámetros: *educación para la salud, promoción de la salud, participación comunitaria, propuestas de acción y medio ambiente*. Analizando estos cinco puntos, se tratarán de explicar las seis conferencias y la incidencia que han tenido en nuestra salud (Cuadro n° 7).

- *Promoción de la salud* En todas las Conferencias se pone de manifiesto la necesidad de contar con la colaboración de los gobiernos y del personal sanitario, aunque existen particularidades dignas de mención, como por ejemplo que en Alma-

Ata, en 1978, se contaba además con la participación de grupos juveniles y femeninos, Cruz Roja, etc.; en Ottawa (1986), ya se trata de incluir a los medios de comunicación, dada su avanzada importancia en la sociedad; en Sundsvall (1991), la promoción de la salud va orientada a conseguir un medio ambiente propicio, ya que se considera el máximo exponente de la salud; y en México (2000), ya se habla de la promoción con fundamento científico.

- *Educación para la salud.* Alma-Ata no incluye el término “educación para la salud” entre sus principios, pero, al tratar la promoción, indica que es necesario que la población sea consciente de la importancia de la salud y necesita el conocimiento en salud para poder participar en ella. En Ottawa, la Educación para la Salud se debe dar en escuelas, hogares, lugares de trabajo... En Sundsvall, se sigue tratando de relacionar la salud con el medio ambiente, y acuerdan que los pueblos indígenas tienen un papel destacado a la hora de educar a la comunidad para conseguir un medio adecuado, ya que ellos lo llevan haciendo desde el principio de su existencia. En todas las conferencias, se pone de manifiesto la necesidad de contar con una buena educación sanitaria antes de lograr la participación comunitaria en salud, así como el rol tan importante que tiene la mujer debido al cuidado de los hijos, del hogar, etc.
- *Participación comunitaria.* Es uno de los factores más importantes y en el que todas las Conferencias están de acuerdo. Se necesita dotar a la población de conocimientos suficientes para lograr una adecuada participación de la comunidad en cuestiones relacionadas con su propia salud, ya que tienen el derecho y el deber de hacerlo. En Sundsvall, además, se trata de concienciar a la población para que aprecie la importancia de la naturaleza en el desarrollo saludable de la vida.
- *Propuestas de acción.* Todas las Conferencias parten de la base de que es necesaria una buena utilización de recursos y una buena formación del personal sanitario. Además, los gobiernos deben proporcionar los medios necesarios para dotar a los sistemas sanitarios de las infraestructuras adecuadas para lograr una buena promoción de la salud. En Adelaida, en 1988, se empieza a hablar de incluir a los pueblos indígenas, minorías étnicas e inmigrantes, ya que empiezan a llegar a nuestras tierras y a formar parte de nuestra sociedad, con lo que su salud es nuestra salud. En Sundsvall, se vuelve a tratar el tema de la importancia de la mujer en la promoción y la educación dentro de la comunidad, y en Jakarta (1997) se incluyen cinco estrategias de acción para lograr una buena promoción de la salud.
- *Medio ambiente.* En Alma-Ata, apenas se trata el tema del medio ambiente como tal, como la naturaleza que nos rodea. Es a partir de 1986 y 1988, en Ottawa y Adelaida, cuando se comienza a hablar de la importancia del medio natural y artificial y de la conservación de los recursos naturales, así como de su importancia a la hora de conseguir que la vida comunitaria se desarrolle en ambientes saludables. Pero es en Sundsvall cuando se le da un rol básico en la salud, ya que parte de la base de que, sin un medio ambiente adecuado, es imposible conseguir una vida saludable. En México, queda de manifiesto que la interrelación entre la economía, adecuada alimentación, derechos humanos básicos y medio ambiente propicio es necesaria para conseguir un óptimo nivel de salud.



	<b>ALMA-ATA 1978</b>	<b>OTAWA 1986</b>	<b>ADELAIDA 1988</b>	<b>SUNDSVALL 1991</b>	<b>JAKARTA 1997</b>	<b>MEXICO 2000</b>
<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	- Apoyo de: administración, grupos juveniles, Cruz Roja...	- Medios necesarios. - Coordinación entre los gobiernos, personal sanitario...	- Participación de sectores públicos y privados	- Va dirigida a lograr un medio ambiente propicio, ya que es clave para lograr un buen nivel de salud.	- Indispensable para el desarrollo de la salud. - Capacitación de la comunidad. - Realizada por y con la comunidad.	- Tiene fundamento científico. - Incluye acciones dirigidas tanto a condiciones sociales, económicas y ambientales como a comportamientos individuales.
<b>EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>	- Escuelas, hogares, lugares de trabajo...	- Básica para conseguir una adecuada promoción de la salud.	- Papel importante de los pueblos indígenas por su conocimiento del medio ambiente.	- Para lograr una adecuada promoción de la salud.	- Necesaria para la participación de la comunidad en cuestiones relativas a su propia salud. - Papel importante de la mujer.	
<b>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>	- En la fijación de prioridades. - Toma de decisiones. - Elaboración y puesta en marcha de estrategias.	- Adecuada educación para la salud previa.	- Encaminada a concienciar a la población para que luche por un medio ambiente adecuado.	- Indispensable. - Requiere una adecuada información y educación para la salud.	- Para ello, la población debe estar informada y participar en la toma de decisiones.	
<b>PROPUESTAS DE ACCIÓN</b>	- Formación del personal. - Recursos. - Investigación.	- Incluir pueblos indígenas, minorías étnicas e inmigrantes. - Nutrición, salud de la mujer, tabaco y alcohol, medio ambiente.	- Educación a niños. - Importante papel de la salud en la mujer y de la mujer en la salud. - Accesibilidad y equidad.	- Promover responsabilidad social. - Aumentar inversiones. - Alianzas estratégicas en pro de la salud. - Aumentar la capacidad de la comunidad. - Consolidar infraestructuras.	- Inversión en investigación. - Indicadores de salud. - Adecuada utilización de recursos. - Equidad.	
<b>MEDIO AMBIENTE</b>	- Protección de ambientes naturales. - Conservación de recursos naturales.	- Necesario para permitir que la vida comunitaria se desarrolle en ambientes saludables.	- Es uno de los factores más importantes para que la salud sea la adecuada, tanto en zonas rurales como urbanas.	- Deben protegerlo los sectores públicos y privados.	- La interrelación entre el medio ambiente, alimentación, derechos humanos básicos y economía es necesaria para lograr salud.	

Cuadro n° 7: Cuadro Comparativo de las Conferencias Internacionales

## 4. Conclusiones

Como conclusión a estas referencias internacionales sobre la promoción de la Salud, cabe destacar los aspectos siguientes:

- Todos los países deben comprometerse a poner en marcha un entorno político, jurídico, educativo, económico y social, que sea favorable a la promoción de la Salud.
- Para aumentar las capacidades de la comunidad al objeto de que puedan elegir libremente, es necesaria una educación integral de los individuos, que les forme en un sentido solidario y participativo para que puedan beneficiarse de todos los recursos del medio.
- El aprendizaje favorece la participación, ya que el acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una verdadera participación y responsabilidad de las personas y comunidades en el cuidado y fomento de su Salud.
- Las directrices de la OMS deben ser aceptadas para poder conseguir una promoción de la Salud eficaz.
- Se tiene que hacer especial hincapié en los grupos más desfavorecidos de la humanidad para conseguir un estado igualitario en Salud.

En síntesis, la promoción de la Salud se hace efectiva a través de la educación sanitaria individual y colectiva, o dicho en otros términos, la herramienta esencial de la Promoción es la Educación para la Salud. La influencia del medio social sobre la Salud exige que se reoriente el enfoque de la Educación para la Salud y se pase de insistir en la modificación del comportamiento individual, como si el individuo fuera el único responsable de su situación, a poner el acento en el contexto social en el que vive inmerso el individuo, es decir, en los factores sanitarios, políticos, económicos y ambientales que tengan un efecto negativo o neutral sobre el comportamiento (O.M.S., 1983).

## 5. Bibliografía

- ALFONSO ROCA, M.T. Y ÁLVAREZ-DARDET, C. (1992): *Manual de Enfermería Comunitaria I*. Barcelona: Ed. Científicas y Técnicas.
- ASENJO, M.A. (1999): *Las Claves de la Gestión Hospitalaria*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- CASTILLO LEMEE, F. (1995): La Escuela promotora de Salud. Ponencia inaugural. II Jornadas de Educación para la Salud en la Escuela. Murcia.
- COLOMER REVUELTA, C. y ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, C. (2000): *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- FLORES BIENERT, M.D. (2001): *Educación para la Salud y la Enfermería*. Murcia: DM.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. (coor). et. al. (1998): *Claves de Educación para la Salud*. Murcia: DM.

- HAWE, P. et. al. (1993): *Evaluación en promoción de la Salud. Guía para trabajadores de la Salud*. Barcelona: Masson.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (B.O.E. de 29 de abril de 1986).
- NAJERA MORRONDO, M.P. (1996): «Promoción de la Salud. Enfoques internacionales», en MAZARRASA, et. al.: *Enfermería profesional: Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Vol I. Madrid: McGraw-Hill Interamericana: 229-314.
- O.M.S., (1977): *Normas para la evaluación de los objetivos de aprendizaje en la formación del personal de Salud*. Serie Informes Técnicos, n° 608. Ginebra: OMS.
- O.M.S., (1983): *Estilos de vida y su impacto sobre la salud*. Discusiones Técnicas de la 33 Sesión del Comité Regional de la OMS. (Traducido por P. Nájera). Madrid.
- O.M.S., (1983): *Manual de resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo 1973-1982*. Vol II, 5<sup>a</sup> ed. Ginebra.
- O.M.S., (1983): *Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de Salud*. Ginebra: Serie Informes Técnicos, n° 690.
- O.M.S., (1984): *Glosario de términos empleados en serie "Salud para todos"*. Ginebra.
- O.M.S., (1997): *The Jakarta Declaration*. Jakarta.
- ROCHON, A. (1991): *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- SIGERIST, H. (1981): *Hitos en la historia de la Salud Pública*. México: Siglo XXI.
- ZUMALACÁRREGUI, M.J. (1997): «Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad: Educación sanitaria», en GIL, V.F. et. al.: *Manual de Metodología de trabajo en Enfermería de Atención Primaria*. Madrid: Jarpyo: 71-79.



## Cap. 2

# La Evaluación de los Programas de Promoción de la Salud

Juan José Gascón Cánovas  
Francesc Medina i Mirapeix  
Montserrat Sánchez Ortuño  
Bartolomé Llor Esteban

## 0. Introducción

Cualquier programa de educación sanitaria surge como un intento de dar respuesta a las necesidades de salud de la comunidad. Desde el punto de vista metodológico, esto implica definir una serie de objetivos, así como decidir las actividades y recursos pertinentes. No obstante, este proceso será en todo caso insuficiente si no se garantiza que el programa es adecuado, tanto potencialmente como en la práctica, para satisfacer las necesidades que han justificado su diseño y posterior ejecución.

Precisamente esta es una de las principales razones para incluir una serie de procedimientos sistemáticos y rigurosos de recogida y análisis de información dirigidos a emitir un juicio de valor sobre el programa. Este proceso que, en su concepto más amplio, ha sido denominado como evaluación del programa se encuentra estrechamente interrelacionado con la programación.

Las preguntas que nos podemos plantear acerca del mérito o valor del programa dependen fundamentalmente de los objetivos de la evaluación. Básicamente nos podemos cuestionar: (i) ¿Puede ser útil?; (ii) ¿Es útil en la práctica?; (iii) ¿Maximiza el bienestar de la comunidad?; y (iv) ¿Se ha llevado a cabo de forma que se pueda obtener su máximo grado de utilidad? Obviamente, estos objetivos implican diversos enfoques de la evaluación y, tal como veremos en este capítulo, condicionan a su vez la metodología que deberemos utilizar, es decir, el tipo de diseño, los datos y el análisis empleado en la evaluación.

Siguiendo el esquema anterior, hemos distinguido los siguientes enfoques en la evaluación de un programa: (i) evaluación del diseño formal de la programación; (ii) evaluación de la calidad de la ejecución del programa; (iii) evaluación de la utilidad; y (iv) evaluación de la eficiencia.

En esta clasificación, se distingue entre la evaluación de la calidad del programa (cuando ésta se basa en los resultados obtenidos) y la evaluación de la utilidad, aunque en la mayoría de las ocasiones se ha asimilado la una a la otra. Probablemente, esta confusión ha derivado del hecho de que, en ambos casos, los datos que recogemos son los resultados obtenidos con el programa. Sin embargo, al evaluar la utilidad, pretendemos determinar qué es lo que «funciona», mientras que, cuando evaluamos la calidad, independientemente de que se empleen datos del proceso o del resultado, lo que buscamos es comprobar si lo que ya sabemos que «funciona» se ha llevado en realidad a la práctica. Por ello, en el presente capítulo las exponemos como dos perspectivas diferentes de la evaluación.

## 1. Evaluación del diseño formal del programa

La evaluación de la calidad del diseño formal del programa se realiza una vez finalizado el proceso de programación y antes de iniciar la de ejecución del programa (evaluación ex-ante). Tiene un carácter sobre todo formativo, en el sentido de que ayuda a establecer correcciones, antes de pasar a su ejecución.

La evaluación de la calidad del diseño del programa requiere considerar al menos tres áreas: la definición del programa, el diseño propiamente dicho del programa y la estructura del documento del programa. Las dos primeras son las que reflejan el rigor con el que se ha diseñado el programa, mientras que la calidad estructural implica que el documento sea claro y manejable para quien lo vaya a ejecutar o evaluar.

### 1.1 La definición del programa

El primer paso para elaborar un programa es definir sus objetivos y su población diana. La evaluación de la calidad del diseño formal también debe empezar por este punto. Esta evaluación supone centrarse en tres componentes: las necesidades que el programa pretende atender, la identificación del grupo de personas que tiene esas necesidades y a las que va dirigido el programa y los objetivos a conseguir.

#### El análisis de las necesidades que justifican el programa

Su valoración se hace necesaria porque la puesta en marcha del programa tiene el riesgo de no incidir en el contexto que se pretende modificar, si tal análisis de necesidades no se ha realizado o se ha enfocado de forma inadecuada. No es misión de esta evaluación volver a repetir la evaluación de las necesidades para contrastar resultados, sino la de valo-

rar su adecuación. Tres son los factores que conviene identificar a la hora de valorar el análisis de necesidades realizado: (i) el tipo de necesidad sobre el que se ha recabado información; (ii) los implicados en el análisis (responsables del programa, población objetivo, etc.); y (iii) el método de identificación y análisis de las necesidades utilizado.

---

**Tabla 1 . Clasificación de las recomendaciones según la calidad de la evidencia**

---

- I. Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado de manera apropiada.
  - II-1. Evidencia obtenida de ensayos clínicos controlados bien diseñados sin aleatorización.
  - II-2. Evidencia obtenida de estudios analíticos bien diseñados de cohortes o casos y controles, con preferencia de más de un centro o grupo de investigación.
  - II-3. Evidencia obtenida de series temporales múltiples con intervención o sin ella. Los resultados espectaculares en experimentos no controlados también pueden considerarse en este tipo de evidencia.
  - III. Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica; estudios descriptivos e informes de casos, o informes de comités de expertos.
- 

**Fuente:** U.S. Preventive Services Task Force. *Guía de Medicina Clínica Preventiva 2ª edición*.  
Barcelona: Medical Trends 1998.

### La población diana y los grupos de intervención

En la mayoría de los programas de promoción de la salud se trabaja con las personas que sufren el problema (población diana). En ocasiones, para conseguir un cambio en el grupo diana, hay que trabajar con otro grupo, cuyas actitudes y comportamientos afectan al grupo diana. El ejemplo clásico es la intervención sobre padres para dirigir el programa a los hijos. Ambos tipos de grupos pueden ser definidos en función de la edad, sexo, pertenencia a determinado grupo de riesgo, diagnosticados de determinada enfermedad, sometidos a determinada intervención, etc.

### Los objetivos

Los objetivos describen los cambios que se quieren conseguir en el grupo diana. Cuando el programa tiene como meta mejorar un problema de salud, habitualmente los objetivos que se plantean son los denominados generales, relacionados con el control de los factores de riesgo vinculados a dicho problema (por ejemplo, un comportamiento como el hábito tabáquico), y los específicos, relacionados con los factores contribuyentes de los factores de riesgo (por ejemplo, conocimientos o actitudes relacionados con el hábito tabáquico).

## 1.2 El diseño del programa

La evaluación del diseño del programa parte de los objetivos fijados en la definición y trata de evaluar los pasos que se han diseñado para llegar a conseguirlos.

### La selección de las actividades a realizar

Desde la óptica de optimizar los recursos, la validez debe ser uno de los criterios básicos a considerar en la evaluación del proceso seguido durante la planificación del programa para la selección de sus actividades. La validez supone que, cuando la actividad sea ejecutada, haya una alta probabilidad de conducir a los resultados previstos por los que se la ha incluido. Puede evaluarse indirectamente considerando los niveles de evidencia en que se basan las principales actividades propuestas (tabla 1).

### La organización de las actividades

Mientras que la evaluación de la selección se refiere a “qué” actividades se proponen, la evaluación de la organización se refiere a “qué” objetivos operativos responde cada una y a cómo se ha previsto su desarrollo. La evaluación de la organización, por tanto, requiere evaluar si: (i) las actividades responden a objetivos operativos (objetivos que describen lo que se hace en el programa); (ii) se ha definido para cada actividad el responsable, el destinatario y el lugar de realización; (iii) se ha definido la temporalización de la implantación del programa.

### La disponibilidad de los medios

La falta de disponibilidad de los medios en el momento preciso es uno de los fallos más habituales de los proyectos. La evaluación de la disponibilidad de los medios necesita realizarse conjuntamente con las actividades y tener en cuenta tanto medios físicos como humanos. Esta evaluación se centra en que el diseño del programa haya precisado cuándo, dónde y en qué condiciones debe disponerse de los medios, y en que se hayan previsto los mismos en la cantidad y la calidad adecuada.

### La viabilidad del programa

Su evaluación requiere comprobar si, durante la planificación del programa, se ha tenido en cuenta tanto su aceptación (viabilidad social y política) como su adecuación en el contexto (viabilidad económico-financiera).

La *aceptación* del programa por parte de la institución o centro que lo promueve, de los destinatarios y de quienes lo van a ejecutar es un requisito básico para poder desarrollar con éxito el programa. Evaluar la aceptación por parte de los destinatarios del programa puede resultar difícil en esta evaluación *ex-ante*, excepto en el caso de que se haya realizado un pilotaje previo del programa antes de la misma. A pesar de esta dificultad, sí que conviene evaluar si se indica con qué aspectos y estrategias se puede explorar la aceptación del programa en los destinatarios.

La evaluación de la *adecuación del programa* requiere comprobar si el programa ha surgido a partir de un análisis de las necesidades y de la adecuación entre los recursos necesarios y disponibles para realizar el programa. Para evaluar este último aspecto, puede ser útil comprobar si existe un presupuesto para el programa o si están claramente definidas las fuentes de financiación.



## Evaluabilidad del programa

La evaluabilidad del programa se define como la capacidad potencial que tiene el programa de ser evaluado. La evaluación de la evaluabilidad del programa es básica porque, si no se sabe ex-ante que un programa es evaluable, se corre el riesgo de realizar todo un proceso de evaluación improductivo. Los requisitos que hacen que un programa sea evaluable o no han sido variados en función de los autores, pero esencialmente incluyen cuatro aspectos:

La *especificación* de los elementos intrínsecos del programa que se pretenden evaluar.

Para que un proyecto sea evaluable, además de la descripción de los elementos (actividades, medios, etc.), es conveniente tener la descripción de la metodología seguida para su elaboración y selección.

La *formulación de los objetivos* previstos en el programa. Para que el programa sea evaluable, sus objetivos deben estar bien formulados. Para poder valorarlos, es recomendable utilizar los mismos criterios que tradicionalmente se han recomendado para enunciar correctamente un objetivo, independientemente de que se trate de general o específico: el tipo de cambio que se desea y la cantidad de cambio, el tiempo en que se espera obtener el cambio, la población diana y el ámbito de aplicación del programa.

*Información para la evaluación.* La evaluación puede ser realizada a partir de obtener y resumir información válida y fiable. Tres son los factores que conviene valorar: (i) que existan indicadores que permitan la evaluación; (ii) que estén previstas las fuentes de información; y (iii) que esté considerada la fiabilidad y validez de los procedimientos de recogida. Para evitar problemas de fiabilidad, es conveniente que exista un manual de aplicación de los soportes documentales, puesto que la información la recogen diferentes profesionales y en diferentes momentos de la ejecución del programa.

*Las barreras para la evaluación.* Para que se pueda realizar la evaluación de un programa es conveniente que éste prevea en su planificación el conjunto de barreras que pueden aparecer a lo largo de la evaluación. Estas suelen estar vinculadas a dos áreas:

- La finalidad de los resultados de la evaluación. Para evaluar se hace necesario identificar previamente quien será el destinatario de los resultados de la evaluación, ya que éste condicionará el mayor interés hacia unos objetivos u otros.
- Los costes de la evaluación. Pretende establecer si se han estimado los costes aproximados de la evaluación.

## 1.3. Evaluación de la estructura del programa

La evaluación de la estructura valora si el documento del programa cumple una serie de criterios que consideramos básicos para facilitar la claridad y el manejo de quien ejecuta y evalúa el programa.

### Claridad estructural

Implica que la organización aparente del documento, así como los índices y la forma de presentar objetivos, actividades, recursos, etc., es de fácil comprensión y seguimiento.

### Documentación

Significa que los procedimientos seguidos para la elaboración y selección de los elementos del programa durante su planificación, los participantes, las evidencias utilizadas y la metodología empleada se describen en el documento. Así mismo, pueden considerarse documentación los manuales de procedimientos desarrollados para la realización de las actividades, para la recogida de información, etc.

Como resumen de este apartado, en la tabla 2 se exponen los aspectos o criterios que se deben considerar en la evaluación del diseño formal del programa.

REQUISITOS		CRITERIOS
Análisis de las necesidades		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se ha sondeado a la población acerca de cuales son sus necesidades</li> <li>2. Se especifican los procedimientos utilizados para el análisis de necesidades.</li> </ol>
Población Objetivos		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Se define la población diana a la que va dirigida el programa.</li> <li>4. Se especifican objetivos generales y específicos</li> </ol>
Selección de las actividades		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Existe evidencia que sustente la adecuación entre las actividades propuestas y los objetivos planteados.</li> </ol>
Organización de las actividades		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Se han definido objetivos operativos</li> <li>7. Se han definido los responsables de cada actividad</li> <li>8. Se han definido los destinatarios de cada actividad</li> <li>9. Existe un manual de cómo realizar las actividades (o se describen)</li> <li>10. La temporalización en la implantación del programa está definida.</li> </ol>
Disponibilidad de los medios		<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Se indica para cada actividad prevista los medios físicos necesarios.</li> </ol>
Viabilidad del programa	Aceptación	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Se indica la aceptación por parte de los que van a ejecutar el programa y de los responsables de la institución o centro que lo ha planificado.</li> <li>13. Se indica cómo se va a valorar la aceptabilidad de los destinatarios del programa</li> </ol>
	Adecuación	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Existe información sobre los recursos necesarios y disponibles para realizar el programa.</li> </ol>
Evaluabilidad del programa	Definición de los objetivos	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Los objetivos se concretan en términos de cantidad de cambio y tiempo previsto para ello.</li> </ol>
	Información para la evaluación	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Existen indicadores que permiten la o las evaluaciones previstas</li> <li>17. Se especifican las fuentes de información previstas para cada indicador propuesto</li> <li>18. Se describe el sistema de registro de datos</li> <li>19. Existe información sobre los medios utilizados para facilitar la fiabilidad en la recogida de información para la evaluación</li> </ol>
	Barreras para la evaluación	<ol style="list-style-type: none"> <li>20. Se ha establecido para qué van a ser utilizados los resultados de la o las evaluaciones previstas</li> <li>21. Existe una estimación de los costes de la evaluación</li> </ol>
Claridad estructural		<ol style="list-style-type: none"> <li>22. El programa presenta un índice paginado</li> <li>23. El programa contiene diagramas de flujo (o tablas de distribución de tareas).</li> </ol>
Documentación		<ol style="list-style-type: none"> <li>24. Constan las referencias de las fuentes de información utilizadas en el desarrollo del programa</li> <li>25. Se describe el método empleado para identificar y revisar las evidencias científicas en las que se fundamenta.</li> </ol>

## 2. Evaluación de la Calidad de la Ejecución del Programa

La evaluación de la calidad implica en general comparar lo que se hace (proceso) o lo que se consigue (resultados) con lo que se desea o es razonable que exista. Si esta diferencia es importante y supera el límite de lo que es razonable, significa que existe una oportunidad para mejorar la calidad.

La validez de la evaluación del proceso como medida de la calidad depende de que se haya comprobado previamente que una determinada intervención produce las modificaciones deseadas. Cuando el programa es de una calidad adecuada –sustentada en niveles de evidencia aceptables– la evaluación del proceso equivale a valorar su calidad. Cuando las actividades del programa no sean suficientemente verosímiles, convendrá establecer un diseño que posibilite el estudio de su efectividad (ver apartado 3).

Por otra parte, desde la perspectiva de la calidad, la evaluación de los efectos es una medida de la calidad igualmente válida si tenemos constancia de que existe una relación causal entre proceso y resultado. Sin embargo, hay que tener en cuenta la posibilidad de que en su interpretación se consideren posibles factores de confusión ajenos a las intervenciones que influyen por sí solos en los resultados. De acuerdo con esto, los resultados de la asistencia se deben ajustar previamente a estos factores, como son la gravedad de los problemas, la edad de los individuos, el estatus socioeconómico, etc.

### 2.1. Evaluación del proceso

Una vez diseñado o rediseñado el programa a partir de la evaluación de su calidad formal, se inicia normalmente su ejecución. Durante esta fase es cuando se puede llevar a cabo la denominada evaluación del proceso. Esta evaluación es esencialmente formativa, ya que proporciona una retroalimentación sobre las modificaciones que puede haber sufrido el programa sobre lo inicialmente previsto.

El objetivo inicial de la evaluación del proceso es analizar hasta qué punto hay diferencias entre el funcionamiento real y el previsto en el documento de planificación. Si no se evalúa el proceso, se puede caer en el error de llegar a establecer conclusiones absolutamente equivocadas acerca de los efectos del programa y no ser consciente de ello. En este sentido, se trata de una evaluación valiosa porque permite diferenciar cuándo un programa no alcanza los resultados, no porque las actividades hayan sido mal seleccionadas y organizadas, sino por la manera en la que se están ejecutando. Desde este punto de vista, la evaluación del proceso tiene como objetivo decidir si es pertinente llevar a cabo la evaluación de las consecuencias del programa y delimitar, en caso afirmativo, el modelo de programa que se desarrolla, que no tiene por qué coincidir con el modelo inicialmente diseñado.

La evaluación del proceso se desarrolla en cuatro fases:

#### 1ª. Determinar los objetivos que persigue la evaluación del proceso

El objetivo básico que establece toda evaluación del proceso es la verificación de las actividades que tienen lugar en la intervención y su temporalización (¿se llevan a cabo todas las actividades previstas en el programa?).

Habitualmente, es recomendable que, en la evaluación del proceso, se planteen otro tipo de objetivos ya que no sólo puede que no se hayan desarrollado todas las actividades previstas, sino que también puede ser que no haya llegado el programa a toda la población esperada o, simplemente, que parte de esta población no se muestre satisfecha con la calidad de las actividades en las que ha participado. En la mayoría de los casos, no tiene sentido decir si ha sido bien o mal implantado el programa, sino analizar el grado de implantación de cada uno de éstos u otros aspectos de interés. Los objetivos que es más recomendable plantearse son:

- El alcance o cobertura de las actividades (¿cada parte del programa llega a la respectiva población a la que estaba dirigida?). Este tipo de evaluación puede permitir determinar infracobertura (no se llega a la totalidad de la población prevista), sobrecobertura (se llega a más gente de la deseada), o sesgo de la cobertura (existe gente que participa y no debería hacerlo). Una de las causas de la infracobertura puede ser el grado de aceptación o satisfacción del usuario con las actividades.
- La satisfacción del usuario con las actividades en las que ha participado (¿los participantes están satisfechos con el programa?, ¿con las cuestiones interpersonales?, ¿con los aspectos tangibles?, ¿con los contenidos abordados?).

### 2ª. Definir los aspectos clave

La evaluación del proceso requiere definir aquellos aspectos que pueden resumir cada uno de los objetivos planteados y diseñar indicadores que precisen de una información que sea factible de recoger durante la ejecución del programa.

Normalmente, los aspectos clave que se seleccionan incluirán actividades específicas que se realizan, procedimientos, materiales, etc. La selección de los aspectos clave de las actividades de educación sanitaria resulta especialmente problemática. Por un lado, porque no es lo más importante que se hayan desarrollado o no todas las actividades previstas, sino que se haya conseguido realmente informar y motivar a los destinatarios de la actividad educativa; de ahí que sea necesario recoger información al menos sobre los contenidos transmitidos y sobre lo que las personas opinan de ellos. Por otro lado, porque dicha información es difícil de obtener y analizar.

### 3ª. Definir o desarrollar los sistemas de registro

Aquellos soportes documentales que van a servir para recoger la información necesaria. Habitualmente, se recurre a utilizar: registros, observaciones y entrevistas o encuestas.

Los registros se recogen por medio de los propios responsables de la implantación del programa (por ejemplo: fichas de actividades, hoja de firmas, etc.).

Las observaciones requieren que uno o más expertos observen determinados aspectos relevantes del programa (p.e. relaciones interpersonales, contenidos impartidos en una sesión, etc.)

Las entrevistas sobre aspectos relevantes del programa requieren la interacción entre evaluados y otra persona (agente o destinatario del programa); las encuestas pueden utilizarse sin la necesaria presencia del evaluador.

#### 4ª. Definir el plan de recogida

Decidir cuándo se va a realizar la recogida de información y quién es el responsable. “Quién” recoge la información depende esencialmente del tipo de técnica de recogida de datos que se vaya a utilizar, tal y como se ha reflejado en el apartado anterior. Respecto a “cuando”, es conveniente que inicialmente, y hasta que el proceso alcance un nivel óptimo de adecuación al definido en la planificación, se recoja con una cierta frecuencia la información. Posteriormente, una monitorización será suficiente para permitir seguir el proceso. Desde el punto de vista de la calidad esta monitorización es fundamental para asegurar que se mantiene el proceso en los niveles de calidad óptimos.

## 2.2. Evaluación de las consecuencias del programa

Cualquiera de las evaluaciones explicadas en los apartados anteriores son relevantes, sin embargo, en los programas de salud la evaluación de las consecuencias suele ser el tipo de evaluación clave. Aspectos como que el programa esté bien diseñado, que la cobertura de la población sea la prevista, etc., son aspectos que quedan vacíos si no se complementan con una evidencia empírica de que el programa tiene unos efectos determinados.

La evaluación de las consecuencias es una evaluación eminentemente sumativa, en el sentido de que determina el valor de un programa una vez que ha sido desarrollado, en el sentido de grado de realización de los objetivos planteados. La evaluación de las consecuencias se realiza al término de la realización del proyecto o incluso puede prolongarse más allá, todo dependerá del tipo de efectos que se pretendan medir.

Para evaluar las consecuencias de un programa hace falta tener claro qué consecuencias o efectos se quieren medir y en qué momento se miden.

## 2.3. Tipos de efectos

Los efectos que se suelen medir en los programas dirigidos a la promoción de la salud suelen ser: los conocimientos, las habilidades, las actitudes, los comportamientos y el nivel de salud.

- La valoración de los conocimientos requiere establecer una evaluación al empezar un programa y al terminarlo con el fin de poder comparar. La valoración de los conocimientos supone valorar qué conocen y qué han aprendido con el programa. La forma de preguntar tales aspectos depende del tipo de intervención realizada. En el caso de un grupo que ha participado en un programa educativo (charlas, ...), dado que saben que han acudido a él para aprender, resulta fácil pedir que respondan a preguntas sobre qué han aprendido; sin embargo, este proceder no resulta nada fácil para otro tipo de intervenciones, por el hecho de que muchas personas creen que no necesitan que se les enseñe y, menos, que se les pregunte.
- La valoración de las habilidades resulta conceptualmente muy similar a la evaluación de los conocimientos. La hemos separado porque utiliza un instrumento de medición diferente: la observación de demostraciones.

- Las actitudes son una predisposición aprendida para responder consistentemente, de un modo favorable o desfavorable, con respecto a un objeto social dado (una persona, una conducta, una institución, etc.). La actitud implica dos características: la evaluación de los resultados ante una conducta determinada, vistos como favorables o desfavorables para la persona, y la implicación personal, afirmación o negación, en la realización de una conducta. La medición de las actitudes requiere utilizar escalas de gradación en las que las preguntas se formulen en relación con la intención de realizar una conducta, no con la conducta en sí misma.
- Los comportamientos son, la mayoría de las veces, el propósito de los programas de promoción de la salud. La observación directa resulta la forma más válida de valorar los comportamientos; sin embargo, la mayoría de las veces no resulta posible por diferentes causas. La alternativa más sencilla es preguntar a los individuos si realizan determinados comportamientos, aunque esta forma no resulta en la mayoría de las ocasiones válida por la tendencia de los individuos a sobrestimar su realización, a contestar lo socialmente aceptable, etc. Un método alternativo que suele tener mayor validez es el registro de los comportamientos por el propio individuo a lo largo de un tiempo en una hoja de registro. En su uso, hay que asumir, no obstante, que el registro no sólo es una forma de medir el comportamiento, sino una forma de influir en él.
- Para valorar el nivel de salud, hay que elegir el instrumento de medida más apropiado para el grupo diana. Existe todo un abanico de medidas del nivel de salud. Hay instrumentos que miden autopercepción del nivel de salud y otros que miden el estado de salud. Entre estos últimos, los instrumentos suelen medir aspectos diferentes: las capacidades físicas, la participación social, las capacidades mentales, las enfermedades, etc.

#### 2.4. Momento en que se miden los efectos

Cuando la evaluación de los efectos se realiza sobre los efectos inmediatos del programa, se denomina evaluación del impacto. Normalmente se centra en la disminución de factores de riesgo de un problema de salud y en sus factores contribuyentes. Por ejemplo, en un programa de atención a diabéticos, puede ser relevante la valoración de los comportamientos en la práctica de ejercicio y de los conocimientos o actitudes relacionados con el ejercicio.

Cuando se miden los efectos posteriores o más a largo plazo, la evaluación de los efectos se denomina evaluación de los resultados. Normalmente, esta evaluación se centra en la mejora del problema de salud por el cual fue diseñado el programa.

### 3. Evaluación de la utilidad del programa

Ya hemos visto que evaluar la calidad de la ejecución de un programa en función de los resultados que hemos obtenido consiste básicamente en comparar una serie de indicadores relacionados con el nivel de salud, las conductas de riesgo, los conocimientos inadecuados, etc...

antes y después de aplicar el programa o bien en la simple medición de estos indicadores una vez que ha concluido la intervención. Este tipo de diseño (pre-experimental), aunque es adecuado para comprobar si los resultados obtenidos se ajustan a un estándar predeterminado, no permite discernir si en realidad son una consecuencia del propio programa o si, por el contrario, se deben a factores ajenos al mismo, como por ejemplo puede ser el proceso de maduración de los propios participantes o incluso los cambios históricos experimentados en el entorno. Por otra parte, si lo que utilizamos son los datos de proceso, es necesario que previamente tengamos constancia de que las actividades seleccionadas son útiles para conducir a los objetivos formulados. Es por ello que la evaluación de la calidad tiene realmente sentido si previamente tenemos pruebas, proporcionadas por la «evidencia» científica, de que el programa es realmente útil para obtener los resultados esperados, es decir, que éstos son una consecuencia exclusiva del propio programa, y no de otros factores o variables ajenas al mismo.

En consecuencia, en los programas de nuevo diseño y en general en todos aquellos en los que no se ha demostrado que su aplicación conduzca a los objetivos que hemos formulado, será preciso, antes de llevar a cabo el programa en toda su magnitud, con los costes y los riesgos que ello podría conllevar, comprobar mediante una prueba de pilotaje, es decir, una aplicación del programa a una escala más reducida, que las actividades, medios y recursos empleados aumentan de forma significativa la probabilidad de alcanzar los objetivos que pretendemos alcanzar con el programa.

Desde esta perspectiva, la evaluación engloba la idea de comparar dos alternativas: una de ellas es la aplicación del programa, mientras que la otra opción consiste habitualmente en no llevarlo a cabo o, incluso, en aplicar otro programa diferente. Lo que se pretende, en definitiva, es comprobar si la consecución de los objetivos esperados se da con una frecuencia significativamente más elevada en la población que recibe la intervención o programa que en la población que no lo recibe.

Desde el punto de vista metodológico, contrastar esta hipótesis implica llevar a cabo un diseño de investigación que, obviamente, será más complejo que cualquiera de los empleados en la evaluación de la calidad del programa.

Los estudios más ampliamente utilizados son los de tipo experimental. En este tipo de diseño, el evaluador aplica el programa o intervención de una forma intencionada a un grupo de sujetos (grupo experimental) con el fin de determinar si los resultados que se producen en este grupo difieren de otro conjunto de sujetos que no ha recibido el programa (grupo control).

El razonamiento lógico que subyace en este diseño de investigación es el denominado «principio de la diferencia», según el cual, si dos grupos de estudio son similares en todas sus variables excepto en una (la recepción del programa) y se produce un efecto determinado (resultados esperados) en un solo grupo, entonces se puede concluir que la causa de dicho efecto es la variable que diferencia a ambos grupos (el programa).

Por supuesto, en este enunciado lógico subyace la idea de que la validez de las conclusiones que obtengamos dependerá fundamentalmente de la comparabilidad o semejanza de los grupos de estudio. Esta condición es la mínima e imprescindible cuando se evalúa la utilidad de un programa. De hecho, uno de las amenazas más conocidas de la validez interna

en los estudios experimentales es la existencia de los denominados factores de confusión, es decir, características que se asocian de forma simultánea tanto a la variable independiente (el programa) como a la dependiente (el efecto del programa), de forma que el efecto observado en el grupo que ha recibido el programa de salud no se debe al propio programa sino a la variable que se encuentra asociada a este grupo, provocando un sesgo o error sistemático en la interpretación de los datos.

Por otra parte, esta evaluación se puede llevar a cabo en dos contextos muy diferentes de actuación que, a su vez, reflejan dos perspectivas diferentes de la utilidad de un programa: la eficacia y la efectividad. En el primer caso –evaluación de la eficacia– la investigación se lleva a cabo en unas condiciones muy controladas, en las que se garantiza que la población que recibe el programa se adhiere al mismo, mientras que, en el otro extremo –evaluación de la efectividad–, el estudio se realiza en un entorno cotidiano que no permite garantizar la adherencia ni la cobertura plena del programa. Evidentemente, para que un programa sea efectivo, debe ser previamente eficaz, pero la eficacia, aunque necesaria, no es suficiente. De lo anterior, se desprende que, de estas dos mediciones, la más importante es la evaluación de la efectividad, ya que es la que realmente está expresada en los objetivos del programa.

A continuación veremos que, dentro del diseño experimental, tenemos diversas opciones posibles. La elección de una u otra dependerá fundamentalmente de los condicionamientos y limitaciones impuestos por el propio estudio. En principio, el diseño experimental «puro» es, en general, el más apropiado debido a que, por sus propias características, se minimizan los riesgos que amenazan la validez interna del estudio. Sin embargo, cuando no es factible, se pueden emplear, como alternativa, los diseños de tipo cuasi-experimental. Veamos cada uno de ellos con más detalle.

### 3.1. Diseños experimentales

Este diseño se caracteriza fundamentalmente porque la asignación de los individuos a los grupos de estudio se realiza de forma aleatoria. Así se consigue que los dos grupos obtenidos (experimental y control) sean prácticamente similares entre sí, especialmente si las muestras de estudio son relativamente grandes.

Esta característica es de especial interés para controlar los factores de confusión, tanto conocidos como no, ya que los posibles factores que son ajenos al programa pero que influyen sobre el efecto esperado se distribuirán de forma homogénea en ambos grupos de estudio, minimizándose, en consecuencia, los problemas que amenazan la validez interna. Una vez que finalice la aplicación del programa, cualquier diferencia observada entre ambos grupos (experimental y control) puede ser atribuida, con un alto grado de convicción, al propio programa y no a la existencia de otras variables ajenas a éste.

Los diseños experimentales más empleados en la evaluación de la efectividad/eficacia son el ensayo clínico aleatorio y el diseño factorial. Ambos se describen a continuación.



### Ensayo clínico aleatorio

A pesar de su relativa sencillez, el ensayo clínico aleatorio es uno de los mejores diseños para comprobar la utilidad de un programa. Su representación esquemática es de la siguiente forma:

R	X	O <sub>1</sub>
R		O <sub>2</sub>

Cada fila se corresponde con un grupo de estudio; «R» indica que los sujetos han sido asignados de forma aleatoria a cada grupo, «X» representa la intervención o programa y «O<sub>1</sub>» y «O<sub>2</sub>» representan el postest u observaciones realizadas después de ejecutar el programa (por ejemplo, en relación con un programa de adherencia terapéutica en la HTA: proporción de sujetos con las cifras de tensión arterial inferiores a 140/90), tanto en el grupo que lo ha recibido –grupo experimental– como en el que no lo ha recibido –control–.

La realización de un pretest (observación realizada antes de la intervención) no es esencial porque la asignación aleatoria nos permite suponer que los dos grupos son, de partida, similares.

Con este diseño, estamos sobre todo interesados en conocer si existen diferencias entre ambos grupos en relación con el efecto que esperamos obtener. Para calcular la eficacia o efectividad del programa, se puede aplicar el siguiente índice:

$$\text{Efectividad} = (O_1 - O_2) / O_2$$

### Diseño factorial

Mientras que los ensayos clínicos responden a una sola pregunta (¿un programa concreto es efectivo/eficaz?), el estudio factorial permite evaluar de forma simultánea la utilidad de dos o más programas en una misma muestra de sujetos, por lo que es uno de los diseños experimentales más eficientes.

Por ejemplo, supongamos que evaluamos de forma simultánea la efectividad de dos programas. En este caso, obtendremos 4 grupos de estudio que se pueden representar, siguiendo la notación de los estudios de investigación, de la siguiente forma:

R	X <sub>A</sub>	O <sub>1</sub>
R	X <sub>B</sub>	O <sub>2</sub>
R	X <sub>A,B</sub>	O <sub>3</sub>
R		O <sub>4</sub>

El primer y el segundo grupo reciben uno sólo de los programas evaluados (A o B), mientras que en el tercero se aplican de forma simultánea ambos programas y el cuarto actúa como grupo de control. Al igual que en el resto de los estudios experimentales, la asignación de los sujetos a los grupos de estudio se realiza de forma aleatoria y sólo se miden los

efectos esperados después de la intervención (postest). En concreto, los parámetros que se emplean para determinar el grado de utilidad de ambos programas son los siguientes:

$$\text{Efectividad del programa A} = (O_3 + O_1)/(O_2 + O_4)$$

$$\text{Efectividad del programa B} = (O_3 + O_2)/(O_1 + O_4)$$

	Grupo de sujetos que reciben el programa A	Grupo de sujetos que no reciben el programa A	
Grupo de sujetos que reciben el programa B	O <sub>3</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub> + O <sub>2</sub>
Grupo de sujetos que no reciben el programa B	O <sub>1</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>1</sub> + O <sub>4</sub>
	O <sub>3</sub> + O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub> + O <sub>4</sub>	

### 3.2. Diseños cuasiexperimentales

A diferencia de los estudios anteriores, las evaluaciones que siguen un diseño cuasiexperimental se caracterizan principalmente porque la asignación de los sujetos a los grupos de estudio no se realiza de forma aleatoria, sino de manera oportunista, aprovechando habitualmente la proximidad física o geográfica de éstos. Evidentemente, no se garantiza que el grupo control sea similar al que recibe el programa, de ahí que este tipo de diseños se denominen también «mediciones con grupo de control no equivalente».

En principio, tal como se ha expuesto anteriormente, esta forma de proceder no es la más adecuada para asegurar la validez interna. De hecho, si los dos grupos difieren en algún factor, puede ser que sean estas diferencias y no el programa en sí las que expliquen los cambios observados en el grupo que recibe el programa. Sin embargo, en muchas ocasiones, éste es el diseño que mejor se adecua a los condicionamientos impuestos por la propia evaluación y el programa a evaluar. Por otra parte, si se tienen en cuenta una serie de consideraciones, que veremos con más detalle posteriormente, la validez interna puede fortalecerse.

En este tipo de estudios, podemos distinguir también diversas modalidades, aunque las más conocidas son el diseño pretest-postest con grupo control y el diseño de discontinuidad en la regresión.

#### Diseño pretest-postest con grupo control

La representación gráfica de este diseño queda de la siguiente forma:



Con este diseño, se intentan minimizar una de las principales amenazas de la validez interna de los estudios cuasi-experimentales. El hecho de realizar mediciones, tanto antes como después de la intervención, permite controlar los factores de confusión mediante técnicas de ajuste estadístico (por ejemplo con el análisis de la covarianza). Para ello, será necesario recoger todas las variables que puedan influir sobre los cambios que pretendemos conseguir con el programa. Por otra parte, también se puede anular el efecto de una posible maduración de los grupos o de los cambios históricos del entorno utilizando, como indicador de resultado, la diferencia entre las medidas obtenidas antes y después de la intervención.

### Diseño de discontinuidad en la regresión

En su forma más simple, el diseño de discontinuidad en la regresión es un estudio cuasi-experimental con un pretest-postest y un grupo control. La única característica que lo diferencia con el diseño anterior es el método empleado por los investigadores para asignar los sujetos a los distintos grupos de estudio. En este caso, la inclusión de un sujeto a un grupo u otro depende de que la puntuación obtenida en el pretest sea superior o inferior a un nivel de corte del indicador que queremos medir, que, a su vez, está relacionado con los cambios que se quieren obtener con la aplicación del programa. Este proceso de asignación es una de las grandes ventajas del diseño de discontinuidad en la regresión ya que, de esta forma, los que reciben el programas son precisamente los que más lo necesitan y los que, en consecuencia, también se pueden beneficiar más en el caso de que éste sea eficaz. Su representación gráfica adopta la siguiente forma:

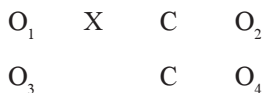
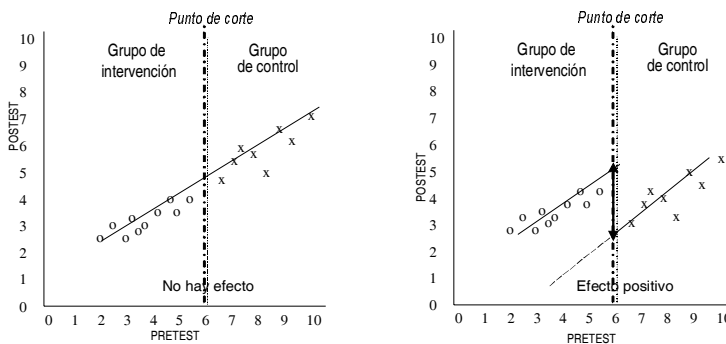


Figura 1. Diseño de discontinuidad en la regresión



donde «C» representa la asignación al grupo de estudio en función de un criterio determinado (puntuación obtenida en el pretest).

Los resultados obtenidos por ambos grupos se pueden representar en un plano cartesiano, donde las medidas obtenidas en el pretest y el postest se representan en el eje de la «X» y de la «Y» respectivamente (figura 1). Los puntos representados con un «o» son los

sujetos que han recibido el programa, mientras que los que se representan con una «x» no lo han recibido. Asimismo, el criterio de asignación se puede reflejar como una recta vertical que toma como referencia el punto de corte de la puntuación pretest.

Básicamente, el análisis de este diseño consiste en comparar las rectas de regresión de ambos grupos. Si ambas rectas coinciden significa que el programa no ha sido eficaz/efectivo, pero, si son aproximadamente paralelas y la del grupo que ha recibido el programa es más elevada, significa que el programa es útil para obtener los objetivos que se ha propuesto.

## 4. Evaluación de la eficiencia

Ya hemos visto en el apartado anterior que, desde un punto de vista estrictamente científico, la decisión de llevar a cabo un programa de promoción de la salud se basa en el grado de eficacia o efectividad del mismo. Sin embargo, desde una perspectiva social, es necesario considerar que la ejecución de un programa eficaz/efectivo, además de tener ventajas (cambios positivos en la salud o los comportamientos relacionados con la salud), presenta también ciertos inconvenientes (asignación de recursos que no se podrán utilizar en otros programas potencialmente beneficiosos). Por ello, es conveniente complementar el análisis de la utilidad del programa con una evaluación más amplia, en la que se consideran de forma conjunta todos los efectos económicos del programa, tanto sobre los recursos empleados como sobre los cambios experimentados en el nivel de salud. De esta forma, nos centramos en el análisis de la eficiencia, lo que implica medir y comparar los recursos consumidos por un programa (costes) y sus consecuencias sobre la salud.

### 4.1. Consideración de los costes

Cuando hablamos de costes, nos referimos a la valoración monetaria de los recursos que hemos invertido para llevar a cabo un programa. Un primer análisis del estudio de los costes nos puede llevar a distinguir dos categorías básicas: costes directos e indirectos. Los primeros hacen referencia a los recursos invertidos para poder ejecutar el programa de salud, como pueden ser el material necesario o los gastos de personal. Mientras que los segundos hacen referencia a situaciones o condiciones en las que se ven afectados negativamente los recursos de otros agentes sociales ajenos al programa (perdidas productivas, rendimientos reducidos, costes empresariales, etc.). Estos últimos son probablemente más difíciles de advertir porque no están asociados al programa sino a los efectos del mismo. Asimismo, dentro de los costes directos y dependiendo del sujeto o colectivo que los soporta, podemos distinguir: de tipo sanitario, si recaen sobre la institución que ejecuta el programa, o de tipo no sanitario, si inciden sobre el bolsillo de aquellos que reciben el programa (desplazamientos para recibir el programa, el tiempo laboral perdido, etc.). De acuerdo con la teoría del bienestar, esta distinción de costes no debería tener importancia en la evaluación económica de un programa debido a que lo que realmente cuenta son sus costes sociales, independien-

temente de quien los tenga que afrontar. Si bien es muy probable que los gestores del programa estén más interesados en valorar de qué forma repercute sobre su propio presupuesto y basen, en consecuencia, sus decisiones sobre la base de un criterio que considere los costes privados, es decir, los costes directos sanitarios.

## 4.2. Consideración de las consecuencias

Asimismo, las consecuencias de un programa se pueden medir desde tres perspectivas distintas. Una de las opciones sería medir los efectos como unidades objetivas o naturales (factores de riesgo disminuidos, supervivencia media, etc.); otra posibilidad es aplicar un enfoque subjetivo para medir el efecto en unidades de calidad de vida; por último, una tercera alternativa consiste en valorar las consecuencias del programa en unidades monetarias. La utilización de cualquiera de estas alternativas es la que determinará el tipo y las características del estudio de evaluación de la eficiencia. Veamos cada una de ellas con más detalle.

### Análisis coste-efectividad

En el análisis coste-efectividad, los efectos se miden en unidades clínicas habituales, tales como los años de vida ganados, las muertes evitadas o los factores de riesgo disminuidos. De esta manera, se obtiene el coste por unidad de efecto obtenido. Obviamente, esta característica hace que este análisis sólo se pueda emplear para comparar los programas que tienen consecuencias similares. A pesar de ello, este tipo de evaluación económica es la más frecuentemente utilizada.

### Análisis coste-utilidad

Este método, desarrollado específicamente en el contexto sanitario, es también el más novedoso de todos. Para medir las consecuencias, se utilizan los AVAC (año de vida ajustado a calidad), indicador que integra la cantidad con la calidad de vida. Respecto al estudio económico anterior, el análisis coste-utilidad destaca porque permite comparar la eficiencia de programas que son muy distintos entre sí. No obstante, su principal inconveniente deriva de la amplia variabilidad y dificultades intrínsecas de los métodos empleados en la medición de la calidad de vida.

### Análisis coste-beneficio

En este caso, tanto los costes como los efectos se miden en unidades monetarias. Por ello, su principal ventaja es que permite comparar programas cuyos resultados se miden en diferentes unidades (años de vida ganados, reducción en la exposición a factores de riesgo, etc.). Incluso permite conocer si un programa es eficiente por sí mismo, sin tener que compararlo con otro, calculando la razón beneficios/costes. Si es mayor que uno, el programa es rentable. Sin embargo, su aplicación práctica presenta la dificultad de transformar unidades de salud en términos monetarios.

## 5. Interrelación entre los diversos enfoques evaluativos

Por supuesto, los diversos enfoques de la evaluación que hemos visto anteriormente se complementan entre sí, aunque adquieren un mayor protagonismo en un momento concreto, de forma que, en relación con la ejecución del programa, la evaluación puede ser: prospectiva (evaluación del diseño), concurrente (evaluación de la calidad en función de los datos de proceso) o retrospectiva (evaluación de la calidad empleando datos de resultado, evaluación de la utilidad y evaluación de la eficiencia). Sin embargo, su secuencia lógica en el proceso de evaluación global de un programa sigue el siguiente orden: 1º evaluación del diseño; 2º evaluación de la utilidad; 3º evaluación de la eficiencia; y 4º evaluación de la calidad.

## 6. Bibliografía

- ALVIRA, F. (1991): *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CAMPBELL, D. y STANLEY, J. (1988): *Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- COLÁS, M.P. y REBOLLO, M.A. (1993): *Evaluación de programas. Una guía práctica*. Sevilla: Kronos.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (ed). (1995): *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- HAWE, P; DEGLING, D. y HALL, J. (1993): *Evaluación en promoción de la salud: guía para trabajadores de la salud*. Barcelona: Masson.
- MUNICIO, P. (1992): «La evaluación segmentada de los programas». *Bordón*, 43(4):375-395.
- SALLERAS, L. (1988): «La investigación epidemiológica en la evaluación de los programas de salud». *Aten Primaria* 5:122-134.
- SATURNO, P.J. (1999): *Actividades básicas para la mejora continua: métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora*. Murcia: Universidad de Murcia.