

R. Peiró¹, C. Colomer², V. Escriba², C. Anitua³,
L. Artazcoz^{4,5}, C. Borrell⁴, M. M García-Calvente⁶,
I. Larizgoitia⁷, A. Llacer⁸, L. Mazarrasa⁹, M. I. Pasarín⁴,
I. Rohlfs^{4,5}, C. Valls-Llobet⁵,

Grupo de género y salud pública de SESPAS.
www.sespas.es

¹Centro de Salud Pública de Alzira.
D.G.S.P. Generalitat Valenciana.

²Escuela Valenciana de Salud. Consellería de Sanitat.
Generalitat Valenciana

³Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
⁴Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.
Ajuntament de Barcelona.

⁵CAPS. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris.
Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida.

⁶Escuela Andaluza de Salud Pública.

⁷Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

⁸Centro Nacional de Epidemiología.

⁹Escuela Nacional de Sanidad.

¹⁰REGICOR, Registre Gironí del Cor.

e-mail: peiro_ros@gva.es

Bibliografía

1. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribà V, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000;14:146-55.
2. Escribà Agüir V. Diseño de cuestionarios. En: Rebagliato M, Arranz M, Ruiz I, editores. *Metodología de Investigación en Epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos; 1996. p. 113-34.

3. Comas d'Argemir D. Trabajo, Género, Cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres. Barcelona: Icaria; 1995.

4. Peiró R. Los grupos de discusión en el entorno sanitario. *Quaderns de Salut Pública i Administració de Serveis de Salut*, 8. Valencia: Institut Valencian de Estudis en Salut Pública; 1996.

5. Catalá A, García E. Una mirada otra. Valencia: Consellería de Cultura, Educació i Ciència. Generalitat Valenciana. Institut Valencià de la Dona; 1989.

La cobertura de los programas educativos de prevención en las escuelas secundarias

Hemos leído con interés el trabajo de J. M. Suelves y cols. acerca de la extensión de diversos programas educativos de prevención del abuso de drogas en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en Barcelona¹. Creemos que tiene el acierto de plantear una cuestión emergente: la realidad de que hay ofertas concurrentes de educación para la salud. Esta concurrencia puede tener el efecto positivo de estimular la adopción de dichos programas, al desplazar a las escuelas la capacidad de elección. Pero también tiene efectos negativos, pues en ellas pueden influir aspectos tan distintos como la eficacia de los programas, el atractivo plástico de los materiales, o la promoción de los programas ofrecidos comercialmente. Por otro lado, esta situación dificulta la evaluación de la cobertura alcanzada por los programas preventivos.

En la escuela secundaria que emerge de la reforma educativa existen algunos condicionantes distintos de los que se daban en la Educación General Básica (EGB), aún vigentes en la escuela primaria. Los docentes de ESO suelen tener una visión menos integral de la educación, y están más centrados en los conocimientos; esto dificulta planteamientos de integración transversal. Además la tensión entre el tiempo disponible y los contenidos curriculares es muy fuerte. También resulta que los créditos variables tienden a concentrar los temas de educación para la salud en alumnos que no precisan de créditos de refuerzo (con la previsible exclusión de los que

tienen más dificultades escolares, factor de riesgo conocido para el inicio del uso de sustancias adictivas). La integración de un módulo educativo de eficacia probada en las actividades escolares, principalmente en horario de tutoría, es pues una estrategia que sigue teniendo sentido en la ESO (aunque sea más difícil que en la educación primaria, o en la antigua EGB). De hecho, en Barcelona el Institut Municipal de Salut Pública mantiene una oferta de este tipo, con cuatro módulos, uno para cada curso de ESO. Para cada ciclo hay un módulo que responde a la estrategia preventiva del Plan de Acción sobre las Drogas de Barcelona, de eficacia acreditada (PASE para primero de ESO en el primer ciclo, y PESA-Decideix para tercero de ESO en el segundo ciclo): ambos cuentan con un buen nivel de aceptación por los maestros^{2,3}.

El estudio comentado¹ subestima claramente la cobertura de los programas. ¿Cómo se produce una infraestimación tan grande? Creemos que se debe a las limitaciones de la metodología seguida, que impide obtener indicadores de cobertura válidos para plantear comparaciones. El instrumento (cuestionario autoadministrado dirigido a un informante desconocido) tiene validez no conocida. Podría subestimar la cobertura si en una escuela se realizan actividades que el informante no conoce, pero también puede sobrestimarlas si han dejado de hacerse. Por otra parte, la tasa de respuestas obtenida es francamente baja, lo que también afecta a los re-

sultados, por el sesgo de selección: aunque no muestre diferencias entre distritos, cuesta creer que la actitud de las escuelas frente a los programas no tenga alguna influencia en las respuestas. Precisamente, la metodología del Institut Municipal de Salut Pública para la evaluación de la cobertura de los módulos educativos que ofrece, que se basa en la distribución de material, el contacto directo con los centros y el seguimiento detallado de las actividades, garantiza una elevada validez. En todo caso puede subestimar la cobertura al no incluir centros que no han proporcionado datos detallados de las actividades. En el curso estudiado (1997-98), 134 centros han participado en el programa PASE y 64 en el PESA-Decideix, proporcionando datos detallados de las actividades que documentan un seguimiento superior al 70% de los procedimientos pautados. Esta cobertura mínima de los programas, obtenida por observación directa, es notablemente superior a la de 36 y 18 centros obtenida mediante el método de encuesta por correo. Aunque incluya algún centro que no es de ESO (algunos centros de primaria utilizan el PASE, y hay cen-

tros de enseñanza postobligatoria que usan el PESA-Decideix), la diferencia es demasiado grande. Por otra parte, los cambios que conlleva la ESO nos llevan a pensar que la cobertura no pueda valorarse hoy sólo mediante la proporción de centros que participan en los programas, sino también de estudiantes.

En conclusión, valoramos muy positivamente la oportunidad de replantear la cobertura de los programas educativos de prevención en la escuela en el actual contexto pluralista y competitivo. Pero creemos que la metodología seguida en este caso impide extraer inferencias sobre la situación real. Un debate productivo debe sustentarse sobre bases empíricas sólidas.

**R. Armengol, M. Ballestín, M. Nebot,
Ll. Torralba, J. R. Villalbí**
*Institut Municipal de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
jrvillal@imsb.bcn.es*

Bibliografía

1. Suelves JM, Romero R, Sánchez-Turet M. Prevención del abuso de drogas en la escuela secundaria tras la reforma educativa. Implantación de diversos programas en la ciudad de Barcelona. *Gac Sanit* 2000;14:131-8.

2. Villalbí JR, Aubà J, García A. Resultados de un programa escolar en prevención del abuso de sustancias adictivas: proyecto piloto PASE de Barcelona. *Gac Sanit* 1993;7:70-7.

3. Calafat A, Amengual M, Guimerans C, Rodríguez-Martos A, Ruiz R. Tú decides: 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones* 1995;7:509-26.

Respuesta del autor

Hemos leído con sumo interés los comentarios que ha motivado nuestro artículo¹ y que se recogen en la carta anterior.

En ella, los autores defienden el modelo de prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar desarrollado por el Instituto Municipal de Salud Pública en Barcelona (IMSP), plantean su superioridad con respecto a otras intervenciones preventivas tanto en términos de las pruebas disponibles sobre su efectividad, como desde el punto de vista de sus posibilidades de integración en el currículum de la ESO. Aunque no nos parece necesario, quisiéramos subrayar también el gran interés del trabajo que viene realizando el equipo del IMSP, que ha contribuido al desarrollo de líneas de investigación sobre factores de riesgo y prevención del abuso de drogas en la adolescencia, un área que lamentablemente ha tenido muy escaso desarrollo en España, como ya hemos señalado en alguna otra ocasión.²

La elección de un procedimiento para la medida de la implantación de un determinado programa de prevención del abuso de drogas en una escuela plantea dificultades notables, y es probable que sólo la observación directa del desarrollo

de la intervención proporcione una medición realmente válida. Así, en un estudio de evaluación de la efectividad del programa *Life Skills Training* que incluyó la observación directa de las actividades educativas en el aula³, se pudo constatar que la mayoría de los profesores eran incapaces de implementar la intervención de acuerdo con el protocolo, lo que enmascaró buena parte de sus efectos positivos.

Para valorar la cobertura de los programas de prevención que ofrecen a las escuelas (los programas *PASE* y *Decideix!*), el IMSP utiliza un indicador basado en «...la distribución de material, el contacto directo con los centros y el seguimiento detallado de las actividades...» (*sic*). Aunque no sabemos que se hayan publicado datos sobre la implantación *apropiada* (fiel al diseño original) de los programas, podemos asumir que los datos de que dispone el IMSP proporcionan una medida útil para la planificación de los recursos destinados a la promoción de la salud en las escuelas. Sin embargo, este procedimiento no puede ser replicado por otros investigadores, ni proporciona información sobre la implantación de otras ofertas en materia de educación para la salud (como los *créditos*