

Original

Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública

Pilar Ramos^{a,*}, M. Isabel Pasarín^{a,b}, Lucía Artazcoz^{a,b}, Elia Díez^{a,b}, Olga Juárez^a e Inmaculada González^a

^a Agència de Salut Pública de Barcelona, Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2012

Aceptado el 13 de abril de 2012

On-line el 22 de mayo de 2012

Palabras clave:

Evaluación de programas y proyectos de salud

Escuelas

Participación social

Planificación participativa

Promoción de la salud

Keywords:

Program evaluation

Schools

Social participation

Participative planning

Health promotion

R E S U M E N

Objetivo: *¡Hagamos salud!* es una estrategia de promoción de la salud aplicable en centros educativos que se basa en la evidencia, la participación, el consenso y el compromiso de la comunidad educativa. El objetivo del presente estudio fue evaluar esta estrategia según la consecución de dos objetivos específicos: 1) la percepción de la comunidad escolar respecto al proceso de implantación y 2) los cambios producidos.

Métodos: Durante el curso 2010-11 se llevaron a cabo: 1) un estudio cualitativo descriptivo para evaluar el proceso de implantación mediante la identificación de factores facilitadores, barreras, necesidades y propuestas de mejora, a través de grupos focales y entrevistas en profundidad; 2) un estudio cuasiexperimental antes-después con grupo control mediante encuestas con el fin de evaluar la participación y el nivel de ajuste a los parámetros de las Escuelas Promotoras de Salud. Las fuentes de información utilizadas fueron profesionales del ámbito de la salud y la educación.

Resultados: Los principales factores facilitadores fueron la implicación de la estructura directiva y la formación durante la implantación. La principal barrera fue la escasez de tiempo y recursos. Los centros *¡Hagamos salud!* cumplen en mayor medida los criterios de Escuelas Promotoras de Salud que el grupo comparación: son más participativos, realizan un mayor número de acciones preventivas e incorporaron decisiones de salud en la programación y la normativa del centro.

Conclusiones: *¡Hagamos salud!* es una estrategia participativa y comunitaria que, basándose en los criterios de las Escuelas Promotoras de Salud, permite crear entornos promotores de la salud.

© 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Healthy and participative schools: evaluation of a public health strategy

A B S T R A C T

Objective: *Let's foster health!* is an intervention strategy in health promotion for use in primary and secondary schools and based on evidence, participation, consensus and the commitment of all members of the educational community. The aim of the present study was to evaluate this strategy according to the achievement of two specific aims: 1) the educational community's opinion of the implementation process, and 2) changes due to the strategy.

Methods: From 2010 to 2011, researchers conducted 1) a descriptive qualitative study to evaluate the implementation process by identifying facilitators, barriers, needs and suggestions using focus groups and in-depth interviews, and 2) a before-and-after quasi-experimental study with a comparison group using specific questionnaires aimed at evaluating participation and compliance with features of Health Promoting Schools. Both education and health professionals were used as information sources.

Results: The main facilitators were the involvement of management structures and faculty during implementation. The most important barrier was lack of time and resources. Participating centers in *Let's foster health!* complied with the parameters defining Health Promoting Schools to a higher degree than the control group: these centers became more involved, carrying out more preventive actions and implementing health-related decisions in the curriculum and the center's policy.

Conclusions: *Let's foster health!* is a participative and community intervention strategy based on the characteristics of Health Promoting Schools that encourages health-promoting environments.

© 2012 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: pramos@aspb.cat (P. Ramos).

Introducción

Está ampliamente documentada la idoneidad del entorno escolar en la promoción de la salud^{1,2}. En la década de 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió una Escuela Promotora de Salud (EPS) como aquella que promueve, fomenta y permite la adquisición de habilidades personales y sociales que conduzcan a crear valores y actitudes positivas hacia la salud, desde la propia capacidad de toma de decisiones personales, la participación y la igualdad³.

El éxito de una EPS depende de la interacción con la comunidad que la rodea: familia, vecinos, lugares de reunión y de diversión, servicios de salud y medios de comunicación forman una urdimbre social a la cual no puede ser ajena el centro educativo^{4,5}. A pesar de que se han producido cambios en las estructuras organizativas y las políticas de los centros educativos, tanto las familias como el alumnado y la comunidad local continúan estando poco implicados en la planificación y el desarrollo de los programas de salud, requisito para su articulación y efectividad^{6,7}.

Algunos de los factores que dificultan la implantación de intervenciones preventivas escolares son la carencia de una estrategia de planificación, la falta de comprensión de las intervenciones, la ausencia de coordinación, la definición confusa de los roles de los agentes implicados y la escasez de recursos personales, materiales y económicos^{8,9}. Se han descrito también factores facilitadores, como la formación del profesorado, un abordaje a partir de estrategias holísticas y la educación entre iguales¹⁰.

En la ciudad de Barcelona se ha elaborado el modelo *¡Hagamos salud! (Fem salut!)* como estrategia de intervención. Propone un proceso que pretende, a partir de la participación, el consenso y el compromiso de la comunidad escolar, desarrollar entornos escolares favorecedores de salud¹¹, basándose en un análisis colectivo del centro y en la evidencia sobre intervenciones eficaces. Como marco de discusión y liderazgo se propone la formación de tres subcomisiones: una de familias, otra de alumnado y otra de profesorado; a su vez, se crea una comisión general en la que varios portavoces de cada subcomisión disponen de un espacio de reflexión conjunta. El proceso de implantación se ordena en cuatro fases y ocho pasos¹²: una primera fase de puesta en funcionamiento, seguida del análisis de situación del centro, sobre el cual se basa la tercera fase de propuesta, y priorización de acciones preventivas, para concluir con la evaluación de la estrategia (fig. 1).

Este estudio tiene por objetivo general evaluar la estrategia *¡Hagamos salud!* en los centros de educación primaria y secundaria de la ciudad de Barcelona tras su primer año de aplicación. Para ello se establecen dos objetivos específicos: 1) evaluar el proceso de implantación mediante la identificación de factores facilitadores, barreras, necesidades futuras y propuestas de mejora, y 2) evaluar la participación y el grado de ajuste a los parámetros de las EPS que se generan con el desarrollo.

Métodos

Se utiliza el marco de evaluación propuesto por los Centers for Disease Control and Prevention, que proporciona elementos esenciales para evaluar programas en salud pública, delineando los pasos, estándares y métodos más apropiados¹³. Está compuesto por seis pasos interdependientes: 1) implicación de las partes interesadas, 2) descripción del programa, 3) diseño evaluativo, 4) generación de resultados, 5) justificación de las conclusiones y 6) garantía de uso y de compartir las lecciones aprendidas.

Se diseñaron dos métodos distintos para responder a cada objetivo específico, que dieron lugar a dos estudios: uno cualitativo exploratorio de tipo descriptivo y otro cuasiexperimental antes-después con grupo control no equivalente.

Estudio cualitativo exploratorio de tipo descriptivo

Población de estudio

Los centros de educación primaria y secundaria que implantaron *¡Hagamos salud!* (N = 12) en el curso académico 2010-11.

Recogida de información

Se realizaron dos grupos focales de docentes que ejercen el cargo de referentes de salud en los centros educativos: de 28 docentes previstos, 24 respondieron a la convocatoria. Se optó por la entrevista individual en profundidad a las profesionales sanitarias de la Agencia de Salud Pública de Barcelona que trabajan habitualmente con los centros educativos, como técnica idónea de recogida de información, ante la imposibilidad logística de realizar grupos focales. Se realizaron 23 entrevistas individuales y se obtuvo un total de 47 participantes en el estudio cualitativo. Durante abril de 2011 se diseñó el muestreo de los participantes empleando criterios de adecuación, conveniencia, suficiencia y diversidad de puntos de vista. Se pretendía enriquecer el discurso seleccionando intencionalmente participantes con un conocimiento amplio y general del objeto de estudio, que poseían información tanto de salud como de educación, ámbitos clave implicados en la estrategia. El tamaño de la muestra se determinó en el transcurso de la investigación de forma progresiva, seleccionando casos adicionales a estudiar de acuerdo con el potencial de desarrollo de descubrimientos o para el refinamiento y la expansión de los conocimientos ya adquiridos, hasta alcanzar el principio de saturación¹⁴. Las sesiones de grupos focales y entrevistas las realizaron una persona experta en la metodología y una persona de apoyo. Para dirigir la recogida de información se elaboró un guión a partir de la revisión bibliográfica²⁻⁴ y de entrevistas a informantes clave sobre el tema (tabla 1).

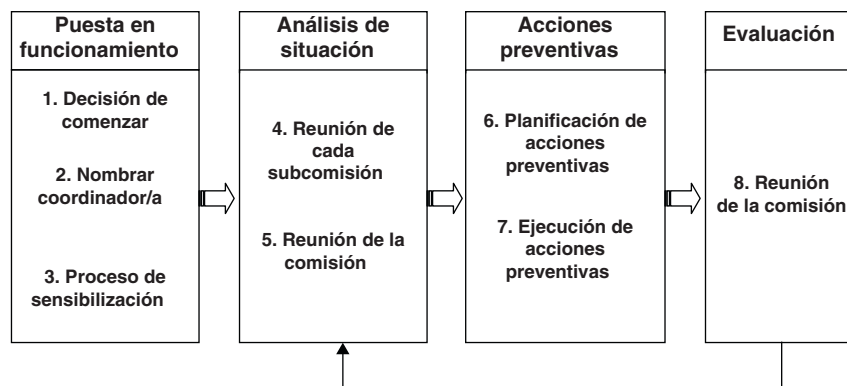


Figura 1. Fases para la implantación de la estrategia *¡Hagamos salud!*

Tabla 1
Guión utilizado en los grupos focales

1. ¿Cuáles creéis que son las principales barreras que dificultan la aplicación de <i>¡Hagamos salud!</i> en estas primeras fases de implantación?
2. ¿Cuáles creéis que son los principales factores que ayudan a facilitar la aplicación de <i>¡Hagamos salud!</i> en estas primeras fases de implantación?
3. ¿En qué aspectos se podría mejorar el proceso de implantación de <i>¡Hagamos salud!</i> ?
4. ¿Qué estrategias creéis que podemos llevar a cabo desde la Agència de Salut Pública de Barcelona para facilitar la implantación de <i>¡Hagamos salud!</i> ?

Análisis de datos

El análisis de la información se basó en las notas de campo y en la realización de un análisis de contenido temático del discurso de forma manual, con un bajo grado de interpretación, desde un enfoque teórico socioconstructivista. Esto implicó identificar los elementos que configuraban la realidad estudiada, describir las relaciones entre ellos y sintetizar el conocimiento resultante en cuatro categorías (barreras, facilitadores, propuestas de mejora y necesidades futuras). Tres investigadoras independientes realizaron el análisis de los datos y las diferencias se resolvieron mediante consenso.

Estudio cuasiexperimental antes-después con grupo control no equivalente

Población de estudio

La población del estudio fueron los 37 centros a los cuales se ofreció implantar la estrategia durante el curso académico 2010-11 y que asistieron a una reunión inicial informativa donde se explicó en detalle el contenido de la intervención. El grupo de intervención fueron los centros educativos que decidieron implantar la estrategia (N=12) y firmaron un documento de adhesión a ella. Se consideró grupo control los centros que decidieron no implantarla (N=25). El proceso de captación de la población del estudio cuasiexperimental consistió en el envío de cartas invitando a participar en la intervención a los centros educativos de la ciudad identificados como candidatos. La identificación la realizaron las profesionales sanitarias de la Agencia de Salud Pública de Barcelona que trabajan habitualmente con ellos, según el cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión: interés y motivación para desarrollar acciones de promoción de la salud desde la participación de la comunidad educativa, trayectoria de desarrollo transversal de la salud dentro del currículo educativo y percepción de necesidad de incorporar la promoción de la salud en el currículo educativo.

Recogida de información

La información se recogió mediante una encuesta basada en un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, del que se obtuvo el 100% de respuesta del personal sanitario y el 62,5% de los centros educativos (N=24), de los cuales el 50% pertenecían al grupo de intervención y el 62,5% eran concertados y se ubicaban en diversos distritos de la ciudad, tanto en barrios socioeconómicamente desfavorecidos como acomodados (tabla 2). Se administraron dos cuestionarios autoadministrados diferentes a profesionales sanitarios y a referentes de salud de los centros, según pertenecieran al grupo intervención o control, durante mayo de 2011. Ambos fueron diseñados tras constatar que no había cuestionarios similares. Antes de su aplicación los revisaron cuatro personas expertas y fueron probados con siete entrevistas cognitivas a personas con el perfil del estudio. Las variables independientes recogidas sobre el centro educativo fueron el distrito de ubicación, la titularidad (público, concertado y privado), la magnitud (número de miembros del equipo directivo, del claustro y alumnado), los niveles impartidos (primaria, secundaria, bachillerato), el número de reuniones

por curso escolar y la realización de un análisis de situación de salud participativo. Las variables dependientes fueron el número de acciones propuestas según subcomisión (familias, alumnado y profesorado), la formación en salud realizada por los docentes, la incorporación de la estrategia en los documentos organizativos del centro, las acciones realizadas en el entorno escolar, los programas de promoción de la salud implantados, los protocolos de actuación específicos ante situaciones de riesgo existentes y las estructuras participativas estables formadas. Se generó un índice referente a la consecución de criterios de EPS. El índice, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 100, estaba constituido por el sumatorio de diversos componentes con diferentes grados de carga según su mayor o menor contribución a los parámetros establecidos por la revisión bibliográfica¹⁵⁻¹⁷ (tabla 3). Se valoraron los siguientes componentes:

- Realización de acciones promotoras de la salud considerando tres niveles de actuación: medidas globales dirigidas a mejorar el entorno escolar (organización escolar, formación del profesorado, conocer y hacer cumplir la normativa de convivencia escolar, circuitos de intervención conjunta, plan de acción tutorial con contenidos de salud), realización de programas de prevención en el grupo aula, elaboración y difusión de protocolos de actuación específicos ante situaciones de salud concretas.
- Grado de implantación del «Programa Salud y Escuela» (PSiE)¹⁷: existencia de la «Consulta abierta» en funcionamiento (visita presencial de la enfermera en la consulta al menos una vez al mes) y «Comisión PSiE» activa (al menos una reunión realizada a lo largo del curso académico).
- Formación de las tres subcomisiones de participación (familias, alumnado y profesorado).

Análisis de datos

Para analizar la información obtenida se utilizó el paquete estadístico SPSS10.

Resultados

Estudio cualitativo exploratorio de tipo descriptivo

En la evaluación de las primeras fases de implantación de *¡Hagamos salud!* la estrategia fue valorada como flexible, ya que permitió que los centros trabajaran a su ritmo. Valoraron positivamente la asesoría recibida por parte de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, que consideraron irrenunciable. Para tomar la decisión de comenzar la estrategia percibieron esencial la creencia de que la promoción de la salud es una necesidad y una responsabilidad del mundo educativo, dentro de una concepción holística de la educación, para lo cual valoraron indispensable la formación inicial y continua que permita redefinir la identidad profesional.

Destacaron la importancia de desarrollar en profundidad, invirtiendo el tiempo y el esfuerzo necesarios, las primeras fases del proceso (fases 1, 2 y 3; fig. 1) para lograr construir una base sólida que respaldara la instauración sostenible de la estrategia. De esta forma se aseguraba la existencia de un grupo de personas que lideraran el avance del proyecto, involucrando a los actores clave de la comunidad educativa, contando con el compromiso del resto del claustro docente, así como del equipo directivo, y evitando instaurar el proyecto desde el voluntarismo que podría derivar en una sobrecarga de las personas implicadas. También valoraron que facilitaba la implantación la existencia de estructuras participativas previas a la estrategia.

Tabla 2
Participación en el estudio cuasiexperimental

Ámbito profesional	Grupo control			Grupo intervención		
	Enviados	Recibidos	Porcentaje de respuesta	Enviados	Recibidos	Porcentaje de respuesta
Educación	25	12	62,5%	12	12	100%
Salud	15	15	100%	9	9	100%

Manifestaron la utilidad de planificar las reuniones con antelación, trimestrales y a intervalos regulares. La participación de los agentes de la comunidad educativa fue calificada unánimemente como un «punto fuerte que garantiza la continuidad y el valor de *¡Hagamos salud!*» (mujer, 36 años), fomentando la corresponsabilidad necesaria en la tarea de crear discursos o mensajes coherentes y compartidos.

En cuanto a las barreras percibidas destacan «la escasez de tiempo y recursos personales o económicos disponibles» (hombre, 49 años) y «la numerosa oferta de propuestas que se realizan desde diversas instituciones, que dificulta la decisión sobre cuáles son las indescartables» (hombre, 47 años). También se detectó la dificultad de promover la participación y garantizar su permanencia, que identifican como una falta de cultura participativa en nuestra sociedad. La delegación de las responsabilidades de las familias en los docentes es otra de las barreras declaradas.

Entre las sugerencias se propuso «incentivar a los centros participantes con un certificado de acreditación de Escuelas saludables que proporcionara reconocimiento» (mujer, 52 años), favorecer que cada centro vaya a su propio ritmo y controlar la difusión los primeros años de implantación, para asegurar la calidad del proyecto. Generó consenso la relevancia de dar continuidad a la formación permanente del profesorado, espacio de encuentro entre los agentes involucrados que permitió compartir experiencias, proporcionar motivación e intercambiar ideas.

Estudio cuasiexperimental antes-después con grupo control no equivalente

Al primer año de implantación, el 70% de los centros educativos del grupo de intervención superó el paso 4, en el cual las subcomisiones participativas formadas por familias, alumnado y profesorado comienzan a reunirse, lo que se corresponde

con la fase de análisis de situación del centro; para ello realizaron una media de ocho reuniones, y fue la comisión de docentes la que realizó un mayor número. Al menos tres veces se reunieron también con algún experto de la Agencia de Salud Pública de Barcelona para recibir soporte, asesoramiento calificado con una nota media de 8.

El 40% incorporó la estrategia en los documentos de reglamento interno, programaciones y normativa del centro educativo, y el 50% declaró que su plan de acción estaba basado en un análisis de situación participativo.

Las estructuras participativas aumentaron en todos los grupos de la comunidad educativa a raíz de la intervención, como también lo hicieron las personas implicadas en las subcomisiones, el número de acciones llevadas a cabo y la población diana que se benefició de las intervenciones (tabla 4).

Fueron las subcomisiones de docentes las que registraron más aumento y mayor número de acciones llevadas a cabo sobre mayor población diana, seguidas del grupo de familias, el más numeroso en cuanto a personas implicadas. La subcomisión de alumnado fue la estructura participativa más difícil de estructurar, a pesar de que sus acciones llegaron a gran número de escolares. En cuanto a la representación, el 56% de los componentes de la subcomisión de familias pertenecía a la Asociación de Madres y Padres de Alumnos/as, y el 30% de la subcomisión de alumnado eran delegados.

La puntuación del Índice EPS muestra que los centros adscritos a *¡Hagamos salud!* se ajustan más que el grupo control a los parámetros establecidos, con una puntuación media de 67 respecto a los 39 puntos de los centros control en el curso académico 2010-11, y que los centros del grupo intervención aumentaron 17 puntos a partir de la implantación de la estrategia. El impacto se refleja en los distintos componentes puntuados: los incrementos más relevantes se registran en la activación y la difusión de protocolos de

Tabla 3
Índice de escuelas promotoras de salud (IEPS)

	Grupo control N = 12		Grupo intervención N = 12	
	Preintervención	Postintervención	Preintervención	Postintervención
Puntuación IEPS (0-100)	41	39	50	67
Promedio de puntuación por apartado				
<i>Medidas de entorno (30 puntos)</i>	18,3	18,7	20,0	24,8
Organización escolar (6 puntos)	2,7	2,9	3,5	4,4
Derivación y coordinación (6 puntos)	3,4	3,5	4,1	4,6
Plan de acción tutorial (6 puntos)	6,0	6,0	6,0	6,0
Normativa (6 puntos)	3,2	3,3	2,4	3,8
Formación (6 puntos)	3,0	3,0	4,0	6,0
<i>Medidas grupales, programas (25 puntos)</i>	6,0	6,0	14,0	12,7
Protocolos de actuación (20 puntos)	3,0	2,7	3,3	8,7
<i>PSIE (10 puntos)</i>	8,3	6,7	6,7	7,9
Consulta abierta (5 puntos)	4,6	4,2	3,8	3,8
Comisión activa (5 puntos)	3,8	2,5	2,9	4,2
<i>Participación en subcomisiones (15 puntos)</i>	5,0	5,4	6,3	12,5
Alumnado (5 puntos)	1,3	1,3	1,7	3,3
Familias (5 puntos)	2,1	2,5	2,1	4,2
Profesores (5 puntos)	1,7	1,7	2,5	5,0

Tabla 4
Evolución, composición y propuestas de las estructuras participativas

Estructuras participativas	Grupo control		Grupo intervención	
	Preintervención	Postintervención	Preintervención	Postintervención
<i>Subcomisión de familias</i>	3	2	4	8
Personas implicadas en la subcomisión	132	120	70	144
Propuestas de acciones de salud realizadas	14	9	18	52
Población diana beneficiada de las intervenciones	78	124	96	220
<i>Subcomisión de docentes</i>	5	6	5	10
Personas implicadas en la subcomisión	32	42	51	103
Propuestas de acciones de salud realizadas	24	33	25	60
Población diana beneficiada de las intervenciones	340	560	456	1.030
<i>Subcomisión de alumnado</i>	3	2	3	5
Personas implicadas en la subcomisión	21	13	64	100
Propuestas de acciones de salud realizadas	11	6	13	15
Población diana beneficiada de las intervenciones	300	275	731	1.461

actuación ante situaciones de riesgo para la salud, las medidas de entorno puestas en funcionamiento y el aumento de participación en las subcomisiones (tabla 3).

Discusión

¡Hagamos salud! es una estrategia participativa y comunitaria que basándose en los criterios de las EPS recomendados por la OMS permite crear entornos promotores de la salud: aumentó el porcentaje de estructuras participativas, produjo un mayor número de acciones de promoción de la salud e incorporó decisiones de salud en la programación y la normativa del centro educativo. Los cambios detectados fueron factibles debido a algunos de los factores identificados: la flexibilidad que contempla la intervención, la formación permanente en salud del profesorado, la implicación de los actores clave de la comunidad educativa o el compromiso del claustro docente y el equipo directivo.

Coincidiendo con estudios previos similares¹⁸⁻²⁰, se han identificado numerosos factores que influyen en la implantación de este tipo de estrategias. La principal barrera proviene de la dificultad de percibir los objetivos de salud como pertenecientes al rol profesional del docente. Identificar una persona coordinadora del proyecto, realizar formación inicial e implicar tanto a claustro como equipo directivo contribuyen a garantizar una implantación sostenible.

A pesar de conocer evidencias sobre los factores barrera y facilitadores²¹ que pueden modificar los resultados de intervenciones de promoción de la salud en el entorno escolar, la efectividad de este tipo de intervenciones puede variar según el contexto en que se realicen debido a diferencias sociales, culturales o políticas. En consecuencia, a pesar de ser una estrategia que cumple los criterios teóricos establecidos por la OMS, es fundamental evaluarla en nuestro ámbito³.

Aunque sabemos que las intervenciones en entornos educativos que incorporan los criterios de EPS son más efectivas²², estudios evaluativos al respecto son escasos y poco concluyentes en cuanto a la operatividad de alguna o varias de sus dimensiones, en particular las referentes a las medidas de entorno, participación y enlace con la comunidad²³⁻²⁵.

En cuanto al estudio cualitativo, se observó la consistencia de los hallazgos y se corroboró que se había conseguido la saturación. Se realizó un proceso de validación de resultados, retornando las conclusiones a los participantes para confirmar los hallazgos del estudio, con un 60% de respuestas, y pudo verificarse que eran creíbles, significativos y representativos de la población de estudio.

Una de las limitaciones del estudio cuasiexperimental, diseño ampliamente utilizado para evaluar la efectividad de programas en

escuelas cuando la aleatorización es muy difícil²⁶, es la amenaza a la validez, ya que los participantes y no participantes pueden ser diferentes en aspectos que no se miden y que pueden influir en el resultado del programa. Como fortaleza cabe señalar que este sesgo probablemente se reduce con la estrategia de forzar la inclusión de diferentes tipos de centros educativos²⁷, tanto en cuanto a titularidad como a nivel socioeconómico de la población que atienden, persiguiendo la comparabilidad de los grupos control e intervención. La temporalidad de la evaluación, realizada al año de implantación, al tratarse de una intervención de la que se espera un impacto a largo plazo, puede haber afectado a los resultados; la monitorización de la estrategia servirá para confirmar los efectos a largo plazo. Otra limitación viene derivada de la consecución de una pequeña población de estudio (24 centros educativos, 8205 alumnos); resultado inherente a este tipo de estudios en salud pública, en los cuales la aplicación de una medida no es consecuencia de una normativa sino de una recomendación²⁸, y pueden estar sobrerrepresentados los centros con perfil más activo y sensibilizados con el abordaje de la salud. Independientemente del tamaño muestral, y a pesar de la dificultad de aislar el efecto de la intervención, valoramos la fortaleza derivada de la elección de un diseño cuasiexperimental con grupo control: permite observar y validar las diferencias postintervención surgidas, partiendo de un grupo control y un grupo intervención con puntuaciones similares en cuatro de los cinco apartados del índice calculado (tabla 3). Tales aspectos metodológicos deberían ser considerados en futuras investigaciones.

Del presente estudio se deriva la recomendación de llevar a cabo en entornos educativos estrategias como la evaluada, *¡Hagamos salud!*, que bajo criterios de efectividad y ajustándose a los parámetros de la OMS para la creación de EPS permitan construir un marco escolar y normativo que actúe globalmente sobre los distintos factores que, tanto en el entorno como en los ámbitos grupal e individual, determinan la salud en la población escolar. Si dichas intervenciones se realizan involucrando a la comunidad educativa en el proceso, desde el diagnóstico de salud a la planificación de acciones, conseguiremos crear coherencia en la transmisión de mensajes preventivos y de promoción de la salud, elaborar proyectos más sostenibles y contribuir a la construcción de una cultura de participación y responsabilidad compartida en la comunidad (profesorado, alumnado y familias).

Este enfoque de abordaje de las intervenciones en salud implica también generar cambios en la actual concepción y gestión de las distintas políticas y estrategias en salud pública que se llevan a cabo, para poder contribuir a generar poblaciones activas, gestoras y responsables de su propia salud.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Según la evidencia científica publicada, aunque es menor el número de intervenciones evaluadas que se llevan a cabo en el entorno escolar que incorporen los criterios de Escuelas Promotoras de Salud, sus resultados son más efectivos. Dichas intervenciones deben incluir la propuesta de un proceso en el cual, a partir de la participación, el consenso y el compromiso de los miembros de la comunidad escolar, se busque la creación de entornos escolares favorecedores de la salud, basados en un análisis colectivo del centro y en la evidencia conocida sobre intervenciones efectivas. La pertinencia del estudio se encuentra en la relevancia de evaluar la estrategia *¡Hagamos salud!* en nuestro contexto, ya que a pesar de cumplir los criterios teóricos establecidos por la Organización Mundial de la Salud para crear escuelas promotoras de salud es de nueva implantación en el territorio.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Podemos constatar que la estrategia *¡Hagamos salud!*, diseñada bajo los criterios teóricos de las Escuelas Promotoras de Salud establecidos por la Organización Mundial de la Salud, contribuye a la creación de entornos escolares más saludables en nuestro contexto. La principal aportación del estudio, que permite generar conocimiento que ayude a próximas implantaciones de la estrategia en un mayor número de centros educativos, desde la perspectiva de la investigación en salud pública, es la de obtener una valiosa herramienta de intervención en prevención y de promoción de la salud aplicable en entornos escolares.

Contribuciones de autoría

P. Ramos y M. Pasarín concibieron el estudio y supervisaron todos los aspectos de su realización. P. Ramos coordinó el trabajo de campo, obtuvo los datos, realizó los análisis, interpretó los hallazgos y, junto con M. Pasarín, contribuyeron a la redacción del primer borrador del manuscrito. Todas las autoras aportaron ideas, interpretaron los hallazgos, revisaron los borradores del manuscrito y aprobaron la versión final. Las autoras comparten la responsabilidad del artículo.

Financiación

La financiación para este proyecto se obtuvo de los propios presupuestos internos de la Agència de Salut Pública de Barcelona destinados a las acciones llevadas a cabo por el Servicio de Salud Comunitaria, durante el año 2011.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecemos a Anna Guitart y el resto del Servicio de Prevención y Atención a las Drogodependencias de la ASPB su asesoramiento y contribuciones a este nuevo proyecto nacido a partir de una estrategia de la cual eran responsables. Agradecemos a Angela Castaño, del Master de Salud y Bienestar Comunitario (Universidad Autónoma de Barcelona), su implicación en la recogida y análisis de los datos. A Carmen Alvadalejo y Mercè Martínez, del Institut de Ciències de l'Educació (Universitat de Barcelona), agradecemos su

soporte a lo largo del desarrollo formativo de los referentes de salud. Este trabajo se realizó como Tesina del Master en Salud Pública UPF-UAB de Barcelona. Los autores agradecen al programa del Master sus comentarios y recomendaciones a las versiones anteriores del trabajo. Gracias al profesorado de los centros educativos que han acogido la estrategia, ya que con su entusiasmo, tiempo y esfuerzos contribuyen a crear la transversalidad necesaria para el trabajo del área de salud. Gracias a los equipos de salud comunitaria que velan por la salud de los centros educativos de cada distrito, ya que gracias a su implicación y buen hacer se llevan a cabo estrategias tan ambiciosas como ésta.

Bibliografía

1. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: understanding and improving health. 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
2. WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. Promoting health through schools. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1997. (Consultado el 5/12/2010.) Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS.870.pdf
3. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Ottawa: Canadian Public Health Association. Canada: World Health Organization; 1986. (Consultado el 6/12/2010.) Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
4. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of health promoting schools approach? [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network; 2006. (Consultado el 5/12/2010.) Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
5. Ogilvie D, Hamilton V, Egan M, et al. Systematic reviews of health effects of social interventions: 1. Finding the evidence: how far should you go? J Epidemiol Commun Health. 2005;59:804-8.
6. Díaz H, Washington U. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Rev de Comunicación y Salud. 2011;1:113-24.
7. Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. Cad Saúde Públ. 1994;10:111-22.
8. Commonwealth Department of Health and Family Services. A national framework for health promoting schools (2000-2003) [Internet]. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Family Services and Australian Health Promoting Schools Association; 2001. (Consultado el 6/12/2010.) Disponible en: <http://www.ahpsa.org.au/files/framework.pdf>
9. Lee A. Should school health educators be regarded as professionals and what professional knowledge and skills should they possess: the Hong Kong experience. Promot Educ. 2002;9:3-8.
10. Benet M, Pasarín MI, Palencia L, et al. Secondary school teacher's involvement in prevention of health problems in adolescents [Tesina]. Barcelona: Máster en Salud Pública, Universitat Pompeu Fabra y Autònoma de Barcelona; 2010.
11. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 1996;11:1-8.
12. Ramos P, Pasarín MI. coordinadoras. ¡Hagamos salud! Guía de promoción de la salud a l'escola. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010.
13. Centres for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. MMWR. 1999; 48 (No. RR-11).
14. Krueger R. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Ediciones Pirámide; 1991.
15. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International. 1998;13:349-64.
16. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. 2007. (Consultado el 10/12/2010.) Disponible en: http://www.who.int/social.determinants/resources/csdh.framework.action.05_07.pdf
17. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Programa Salut i Escola: guia d'implantació. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2008.
18. Myers-Clack S, Christopher SE. Effectiveness of a health course at influencing perspective teacher's attitudes toward teaching health. J Sch Health. 2001;71:262-6.
19. Wallerstein N, Bernstein E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. Health Education Quarterly. 1994;21:141-8.
20. Warwick I, Aggleton P, Chase E, et al. Evaluating healthy schools: perceptions of impact among school-based respondents. Health Education Research. 2005;20:697-708.
21. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2004. (Consultado el 6/12/2010.) Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E73455a.pdf>
22. Deschesnes M, Catherine M, Jomphe A. Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? Health Promotion International. 2003;18:387-95.

23. Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, et al. Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gac Sanit.* 2008;22:58–64.
24. Ziglio E, Hagard S, Griffiths J. Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International.* 2000;15:143–54.
25. Mukoma W, Flisher AJ. Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International.* 2004;19:357–68.
26. Devaney B, Rossy P. Thinking through evaluation design options. *Children and Youth Services Review.* 1997;19:587–606.
27. Judd J, Frankish CJ, Moulton G. Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach. *Health Promotion International.* 2001;16:367–80.
28. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, et al. Frame-work for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ.* 2000;321:694–6.