



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



**RESUMEN DE EVIDENCIAS SOBRE INTERVENCIONES
RELACIONADAS CON LOS DERECHOS DE LA
CIUDADANÍA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA**

**Escuela Andaluza de Salud Pública
Noviembre de 2009**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
METODOLOGÍA	7
RESULTADOS DE LA REVISIÓN: evidencias sobre intervenciones relacionadas con los derechos de la ciudadanía en materia de salud pública	10
1. DERECHO A DISFRUTAR DE UN ADECUADO NIVEL DE SP	11
Tabla 1.1. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Acceso a un entorno saludable, a condiciones sanitarias adecuadas y a un medioambiente sano.	11
Tabla 1.2. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Oportuno suministro de agua y alimentos y nutrición conveniente.....	13
Tabla 1.3. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Condiciones sanas en el trabajo	15
Tabla 1.4. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Vivienda saludable.....	17
Tabla 1.5. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Movilidad sostenible y segura	18
Tabla 1.6. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Educación sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida salud sexual y reproductiva	20
2. DERECHO A CONOCER EN RELACIÓN A LA SP	24
Tabla 2.1. Evidencias sobre el derecho a conocer en relación a la Salud Pública: Conocimiento adecuado sobre el estado epidemiológico del entorno, la salud ambiental y las características y condiciones de producción y distribución alimentaria	24
3. DERECHO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	26
Tabla 3.1. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Conocimiento de riesgos, enfermedades y secuelas asociadas a diferentes etapas de la vida	26
Tabla 3.2. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Estrategias educativas sobre alimentación y nutrición, en particular para niños y niñas.....	27
Tabla 3.3. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Publicidad veraz relativa a alimentos.....	28
Tabla 3.4. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Información adecuada sobre factores determinantes de la salud mental y cómo afrontarlos.....	29
Tabla 3.5. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Estrategias que promuevan estilos de vida que reduzcan el riesgo de drogadicción y conductas violentas	30
Tabla 3.6. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Promoción de actividades físicas saludables	32

Tabla 3.7. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Espacios públicos y zonas verdes que favorezcan la salud	35
Tabla 3.8. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Estrategias y educación en movilidad sostenible que favorezcan la salud.....	35
4. DERECHO A LAS ACCIONES PREVENTIVAS DE SALUD PÚBLICA.....	36
Tabla 4.1. Evidencias sobre el derecho a las acciones preventivas de salud pública: Prevención y atención de enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales.....	36
Tabla 4.2. Evidencias sobre el derecho a las acciones preventivas de salud pública: Inmunización contra enfermedades infectocontagiosas	46
Tabla 4.3. Evidencias sobre el derecho a las acciones preventivas de salud pública: Rechazar acciones preventivas propuestas, si no se daña a terceros.....	50
5. DERECHO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A ACTUACIONES ESPECÍFICAS ADAPTADAS A SUS NECESIDADES	51
Tabla 5.1. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas mayores.	51
Tabla 5.2. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas menores.	54
Tabla 5.3. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas con enfermedades crónicas y discapacidades	55
Tabla 5.4. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas con enfermedad mental.	59
Tabla 5.5. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas en riesgo de exclusión social.....	62
Tabla 5.6. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas con prácticas de riesgo.....	63
Tabla 5.7. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas en situación terminal.....	66
6. DERECHO A PARTICIPAR EN ASUNTOS DE LA SALUD PÚBLICA	68
Tabla 6.1. Evidencias sobre el derecho a la participación en asuntos de la salud pública: Participación efectiva en políticas sanitarias en todas sus fases.....	68
7. DERECHOS FRENTE A LAS ACTUACIONES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.....	70
Tabla 7.1. Evidencias sobre los derechos frente a las actuaciones de las Administraciones Públicas: Acceso a información y resultados de investigación, y a progresos en materia de SP	70
Tabla 7.2. Evidencias sobre los derechos frente a las actuaciones de las Administraciones Públicas: Interacción electrónica entre administración y ciudadanía.....	71
ANEXO 1: Lista de informes sobre revisiones y evidencias de la “Social Science Research Unit” (incluidas las de EPPI-Centre) en los últimos diez años.....	74

ANEXO 2: Lista con diversas Websites con revisiones sistemáticas en Salud Pública y Promoción de la Salud extraída del “Cochrane Public Health Group”:..... 82

INTRODUCCIÓN

El continuo incremento de la evidencia científica ha conllevado el desarrollo de diversas estrategias que permiten a las y los profesionales sanitarios identificar y aplicar aquella información que es relevante para la adopción de decisiones en cualquier nivel de la sanidad.

En este documento se revisan algunas evidencias sobre intervenciones relacionadas con los derechos de la ciudadanía en materia de Salud Pública. Para ello, se ha utilizado la Salud Pública basada en la Evidencia, considerándola una herramienta capaz de dar validez, importancia y aplicabilidad a las intervenciones que ponen en marcha los gobiernos para garantizar el derecho a la salud de la población.

La Salud Pública Basada en la Evidencia es la ejecución y la evaluación de la efectividad de intervenciones, planes, programas, proyectos y políticas en salud pública a través de la aplicación de los principios de razonamiento científicos, incluyendo el uso sistemático de datos y sistemas de información. La evidencia en salud pública implica utilizar metodologías similares a las aplicadas en la evidencia en medicina clínica, aunque diferente en sus contenidos. En salud pública podemos distinguir dos tipos de evidencia. En la evidencia tipo I existe una fuerte relación entre el riesgo prevenible y la enfermedad. En la evidencia tipo II existe una efectividad relativa de las intervenciones en salud pública. En Salud Pública Basada en la Evidencia se utilizan diseños de investigación más propios de las ciencias sociales, como son los estudios observacionales y los cuasi-experimentales.

Es frecuente que algunas intervenciones en salud pública como la educación en salud sean cuestionadas por su aparente falta de rigurosidad en la evidencia. Por ejemplo, la OPS señala que la información, la educación y la comunicación interpersonal, a través de diversos medios, han recibido reconocimiento mundial como herramientas importantes para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el control de factores de riesgo en los individuos y la comunidad, sin embargo, la anterior información tendría que soportarse con salud pública basada en la evidencia.

En muchas áreas de la salud pública, no es sencilla la toma de decisiones en relación a cuando intervenir y qué programas o políticas implementar. Estas decisiones se basan en tres preguntas fundamentales:

- ¿Se debe tomar una acción pública en salud para solucionar un determinado problema de salud (basada primariamente en evidencia tipo I)?
- ¿Qué acción debería ser tomada (basada primariamente en evidencia tipo II)?
- ¿Cómo puede un programa o política en particular ser más efectivo al ser implementado y evaluado?

La valoración de la evidencia en las intervenciones de salud pública no sólo debe abarcar la credibilidad de evidencia, sino la integridad y la aplicabilidad de las mismas intervenciones. Para ello, se recomienda realizar paralelamente la efectividad de las intervenciones en salud pública y el desarrollo o la ejecución de las mismas. Así mismo, la evaluación debe ser diseñada para determinar los efectos de las intervenciones e incluir los intereses de las personas, grupos u organizaciones involucradas o afectadas por las intervenciones (grupos de interés). La utilización de la salud pública basada en la evidencia permite disponer de mejores criterios para formular intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública.

El objetivo de esta revisión es aportar ejemplos de evidencias relacionadas con intervenciones que se enmarcan en los derechos de la ciudadanía en materia de Salud Pública. No se revisan los derechos en sí mismos, sino algunas intervenciones diseñadas y aplicadas para garantizarlos.

Es preciso señalar que la revisión no pretende ser exhaustiva, sino que aporta algunos ejemplos encontrados en la literatura científica para ilustrar distintas intervenciones y las evidencias de su efectividad en el marco de los derechos básicos de la ciudadanía en salud pública. Las revisiones aportadas en este informe corresponden al ámbito internacional, debido a la escasez de evidencias en Salud Pública halladas en el contexto andaluz. No obstante, el marco de referencia para la búsqueda de revisiones sobre intervenciones han sido los derechos incluidos en el Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Andalucía aprobado recientemente.

Referencias:

- Hernández LJ. ¿Qué es la Salud Pública basada en la Evidencia? Rev Salud Publica 5(1):40-45,2003.
- Secretaria Distrital de Salud- Grupo Guillermo Fergusson Modelo de promoción de la salud. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud; 1998 p 71.
- Haddix A. Prevention Effectiveness? Oxford University press; 1996.
- Grupo Editorial Legis S.A. Evidencia Clínica. La fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en salud. Bogotá; Mayo de 2002.
- Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria For Evaluating Evidence On Public Health Interventions, J Epidemiol Community Health 2002; 56: 119-127.

METODOLOGÍA

Inicialmente, se han identificado los derechos fundamentales recogidos en el Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Andalucía, recientemente aprobado.

En un siguiente paso, se han extraído los aspectos básicos contenidos en cada derecho, e identificado los términos clave para la búsqueda de evidencias. Los derechos y sus aspectos clave para orientar la búsqueda quedan resumidos en la siguiente tabla.

Derechos de la ciudadanía en SP	Aspectos clave
Derecho a disfrutar de un adecuado nivel de SP	Condiciones sanitarias adecuadas y acceso a un entorno saludable
	Adecuadas condiciones del medio ambiente
	Adecuado suministro de agua y alimentos
	Adecuadas condiciones de vivienda
	Adecuadas condiciones laborales
	Movilidad segura, responsable y sostenible
	Educación e información en salud, incluyendo educación sexual y reproductiva
Derecho a conocer en materia de SP	Información sobre el estado epidemiológico del entorno
	Información sobre la salud ambiental
	Información sobre las características y condiciones de la producción y distribución alimentaria
Derecho a la promoción de la salud	Información sobre factores de riesgo, enfermedades y secuelas asociadas a cada etapa del ciclo vital
	Educación en alimentación saludable
	Publicidad veraz relativa a alimentos
	Garantía de una oferta nutricional equilibrada en comedores colectivos
	Información en salud sexual y reproductiva
	Información sobre factores determinantes de la salud mental y cómo afrontarlos
	Información y estrategias para disminuir el riesgo de drogadicción y conductas violentas y apoyo sanitario para abandonar estas dependencias
	Información y Planes de promoción sobre actividad física saludable
	Garantía de espacios públicos para realizar actividades físicas o lúdicas en condiciones de seguridad y accesibilidad en pueblos y ciudades
	Garantía de zonas verdes que faciliten un entorno saludable
Estrategias de movilidad sostenible	

(Continuación)

Derechos de la ciudadanía en SP	Aspectos clave
Derecho a las acciones preventivas de la salud	Prevención y atención de problemas de SP (enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales)
	Garantía de prestaciones preventivas incluidas en la cartera de servicios.
	Difusión de planes, acciones y prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud.
	Inmunización contra enfermedades infectocontagiosas
Derecho a actuaciones específicas para personas en situación de vulnerabilidad	Actuaciones adaptadas a las necesidades de mayores
	Actuaciones adaptadas a las necesidades de menores
	Actuaciones adaptadas a las necesidades de personas con enfermedades crónicas, raras o discapacidades
	Actuaciones adaptadas a las necesidades de personas con enfermedad mental
	Actuaciones adaptadas a las necesidades de personas en situación terminal
	Actuaciones adaptadas a las necesidades de personas con prácticas de riesgo
Derecho a participar en materia de SP	Promoción de la participación ciudadana en las políticas en materia de SP en todas sus fases
Derechos frente a las actuaciones de las administraciones públicas	Difusión de información sobre la cartera de servicios del SSPA como marco de compromiso entre administración sanitaria y ciudadanía
	Difusión de resultados de investigaciones , estudios o inspecciones realizadas por autoridades sanitarias sobre asuntos en los que se justifique el interés y de otros progresos en SP
	Permitir la interacción electrónica en los asuntos de SP entre administración y ciudadanía
	Permitir acceso a los informes y estudios oficiales en salud y su repercusión social y territorial
	Garantía de un acceso no discriminatorio a los servicios sanitarios públicos
	Permitir que las actuaciones de SP sean auditadas evaluadas y desarrollar contenidos y procedimientos para hacerlo efectivo

Posteriormente, haciendo uso de los términos clave, se han buscado revisiones que evaluaran intervenciones llevadas a cabo por las administraciones y que pudieran servir de ejemplo como actuaciones dirigidas a garantizar los aspectos recogidos en cada derecho.

En algunos casos, ante la escasez de revisiones halladas en algunos temas determinados, se han solapado varios de los aspectos recogidos en la tabla anterior.

La búsqueda se ha realizado fundamentalmente en las siguientes fuentes de bases de datos:

- Cochrane Plus
- Pubmed Central
- Revisap: Base de datos con referencias sobre evidencias en Salud Pública (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Se ha completado la búsqueda a través de las siguientes páginas web:

- The Campbell Collaboration
- Evidence for Policy and Practice Information Centre (EPPI-Centre)
- Health Evidence
- EvidenceNetwork
- NHS Centre for Reviews and Dissemination
- NHS Economic Evaluation Database
- Health Evidence Bulletins – Wales
- The Effective Public Health Practice Project
- National Institute for Health and Clinical Evidence – Evidence Base Information Resource
- Medical Research Council Social & Public Health Sciences Unit
- The Community Guide – Guide to Community Preventive Services – Systematic Reviews and Evidence-Based Recommendations
- Informed Health Online
- Centre for Reviews and Dissemination, University of York
- Medical Research Council Social and Public Health Sciences Unit
NICS Guide to the Cochrane Library

El epígrafe de resultados de la búsqueda se articula en tantos apartados como derechos básicos de la ciudadanía en Salud Pública han sido contemplados.

Cada tabla hace alusión a un aspecto clave dentro de cada derecho. En las tablas se presentan las referencias de las revisiones. Debajo de cada referencia, se añade el vínculo que transporta al lector o lectora al documento original de la revisión citada o, en su defecto, al resumen disponible. Inmediatamente después de cada tabla, con la misma numeración en que aparecen las referencias en la misma, se exponen las evidencias, o la ausencia de éstas,

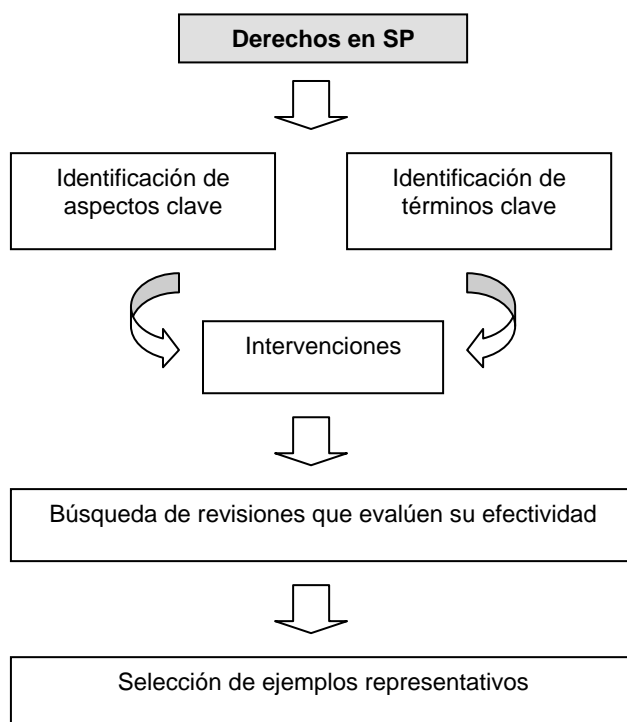
extraídas de cada revisión. Si bien se ha intentado homogeneizar al máximo el formato de presentación de los resultados, a veces éstos difieren, atendiendo a los diversos estilos hallados en las distintas fuentes de búsqueda de información.

Finalmente, se han incluido dos anexos a modo de herramientas para realizar una búsqueda exhaustiva sobre evidencias en Salud Pública.

El primer anexo recoge un listado de informes sobre revisiones y evidencias de la “Social Science Research Unit” (incluidas las de EPPI-Centre) en los últimos diez años. Las referencias incluyen el enlace a los documentos originales.

El segundo anexo incorpora una lista de las principales páginas web para localizar revisiones sistemáticas en Promoción de la Salud y Salud Pública, también con los vínculos a las páginas web.

En el siguiente cuadro se resumen los pasos seguidos para la búsqueda de evidencias sobre intervenciones relacionadas con los derechos de la ciudadanía en Salud Pública:



Este trabajo ha sido realizado en la Escuela Andaluza de Salud Pública por:

María del Río Lozano

Luis Andrés López Fernández

RESULTADOS DE LA REVISIÓN: EVIDENCIAS SOBRE INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LOS DERECHOS DE LA CIUDADANÍA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

1. DERECHO A DISFRUTAR DE UN ADECUADO NIVEL DE SP

Tabla 1.1. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Acceso a un entorno saludable, a condiciones sanitarias adecuadas y a un medioambiente sano.

1.1.1.	Campbell, M., Buckeridge, D., Dwyer, J., Fong, S., Mann, V. Sanchez-Sweatman, O., Stevens, A., &Fung, L. (1999). Systematic review of the effectiveness of environmental awareness interventions. Prepared by the Effective Public Health Practice Project for the Public Health Branch, Ontario Ministry of Health. Disponible en: http://www.ephpp.ca/PDF/1999_Environmental%20Awareness_Summ.pdf
1.1.2.	Künzli N, Perez L. Evidence based public Health – the example of air pollution. <i>Swiss Med Wkly</i> .2009;139(17-18):242-50. Disponible en: http://www.smw.ch/dfe/set_archiv.asp?target=smw-12246
1.1.3.	Chen H, Goldberg MS, Villeneuve PJ. A systematic review of the relation between long-term exposure to ambient air pollution and chronic diseases. <i>Rev Environ Health</i> . 2008 Oct-Dec;23(4):243-97. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19235364
1.1.4.	Fiona R Beyer, Katharine Ker. Iluminación de las calles para la prevención de lesiones por accidentes de tráfico (Revisión Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0004728

1.1.1. Una revisión sistemática evaluó la efectividad de **las intervenciones dirigidas a promover la concienciación pública sobre los riesgos medioambientales para la salud y la adopción de medidas para reducir esos riesgos.**

Muchas de las intervenciones incluidas en la revisión resultaron efectivas. De los 14 estudios incluidos que contaban con una buena calidad metodológica, 13 demostraron que las intervenciones eran **efectivas en la mayoría de las medidas resultado**, especialmente para los resultados en conocimiento y actitudes. Las intervenciones que conllevaron los cambios de comportamiento más positivos fueron aquellas que comprendían intervenciones intensas o abarcaban múltiples medios, por medio de los cuales la intervención fue desarrollada en varios ámbitos.

1.1.2. Existen evidencias de que los niños y niñas que residen en comunidades con menor polución en el aire experimentan un mejor desarrollo pulmonar que los que residen en otras comunidades con mayor nivel de contaminación. Según un estudio realizado en Suiza, las mejoras en la calidad del aire conllevaron una reducción de los problemas de salud respiratorios de los/as niños/as suizos.

Entre la población adulta, la reducción de la contaminación del aire se asoció significativamente con un menor descenso de la función pulmonar. Otros estudios confirman los beneficios de las políticas dirigidas a garantizar un aire limpio.

1.1.3. La exposición a largo plazo a partículas inhalables (PM 2,5) aumenta el riesgo de mortalidad no accidental en un 6% por cada microg/m³ de aumento, independiente de la edad, sexo y región geográfica. La exposición a PM 2,5 se asoció con un mayor riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón (rango: 15% a 21% por cada incremento de 10 microg/m³) y de mortalidad total (rango: 12% al 14% por un 10 microg/m³ de aumento). Además, las personas que viven cerca de tráfico intenso presentan mayor asociación con riesgos elevados de estos tres resultados. **La evidencia sugiere que la exposición a las PM2.5 se asocia positivamente con la mortalidad por enfermedades coronarias y la exposición al SO₂ aumenta la mortalidad por cáncer de pulmón.**

1.1.4. Iluminación de las calles para la prevención de lesiones por accidentes de tráfico

Los accidentes de tráfico son una causa importante de muerte y lesiones, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. En todo el mundo, cada año muere un millón de personas y unos diez millones quedan permanentemente discapacitados en accidentes de tráfico. Además, se calcula que las lesiones causadas por accidentes de tráfico habrán pasado de la novena a la tercera causa en la clasificación de la carga de morbilidad en el mundo para 2020, lo que representará 2,3 millones de muertes a nivel global.

Se ha indicado que la iluminación de las calles es una intervención de relativamente bajo coste que podría prevenir los accidentes de tráfico. La iluminación de las calles puede mejorar la capacidad visual del conductor y su habilidad para detectar riesgos en la carretera. Sin embargo, también se ha alegado que la iluminación de las calles pudiera tener un efecto adverso sobre la seguridad vial; los conductores pueden "sentirse" más seguros porque la iluminación les da mejor visibilidad, lo que pudiera dar lugar a que aumenten la velocidad y reduzcan la concentración.

Esta revisión sistemática se realizó para evaluar cómo la iluminación de las calles afecta la ocurrencia de los accidentes de tráfico y las lesiones asociadas. Los revisores buscaron todos los ensayos controlados que investigaran los efectos de la iluminación nueva de las calles con respecto a las carreteras no iluminadas, o la mejoría de la iluminación de las calles con el nivel de iluminación preexistente. Se encontraron 16 estudios controlados tipo antes y después

(before and after studies), todos realizados en países de ingresos altos. Once estudios investigaron los efectos de la iluminación de las calles recién instalada, cuatro los efectos de la mejoría en la iluminación y uno investigó la iluminación nueva y la mejoría en la misma. Cinco de los estudios compararon los efectos de la iluminación de las calles con otra área control, mientras que los 11 restantes utilizaron datos de un control diurno. Los revisores pudieron agrupar los datos de accidente o lesión de 14 de los estudios. El riesgo de sesgo en estos estudios se consideró elevado.

Los resultados indican que **la iluminación de las calles puede prevenir los accidentes de tráfico, las lesiones y las muertes**. Este resultado pudiera ser de interés particular para los países de ingresos bajos y medios donde la política sobre la iluminación de las calles está menos desarrollada y la instalación de sistemas de iluminación apropiados es menos frecuente que en los países de ingresos altos. Sin embargo, se necesitan estudios adicionales bien diseñados para determinar la efectividad de la iluminación de las calles en los países de ingresos medios y bajos.

Tabla 1.2. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Oportuno suministro de agua y alimentos y nutrición conveniente.

1.2.1.	Clasen T, Roberts I, Rabie T, Schmidt W, Cairncross S. Intervenciones para mejorar la calidad del agua en la prevención de la diarrea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C004794
1.2.2.	Kristjansson EA, Robinson V, Petticrew M, MacDonald B, Krasevec J, Janzen L, Greenhalgh T, Wells G, MacGowan J, Farmer A, Shea BJ, Mayhew A, Tugwell P. Provisión escolar de comidas para mejorar la salud física y psicosocial de niños de escuelas primarias en estado de pobreza (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C004676

1.2.1. La diarrea es una causa importante de muerte y enfermedades, especialmente entre los/as niños/as pequeños/as de países de bajos ingresos. La pérdida de líquido (deshidratación) es la amenaza principal, aunque la diarrea también reduce la absorción de nutrientes, lo que causa un crecimiento deficiente en los/as niños/as, una reducción de la resistencia a infecciones y posibles trastornos intestinales a largo plazo. Esta revisión analizó los ensayos de intervenciones para mejorar la calidad microbiológica del agua potable. Éstas incluyen mejorías convencionales en la fuente de agua e intervenciones en el punto de uso a nivel doméstico (p.ej., cloración, filtración, desinfección solar y floculación y desinfección

combinadas). La revisión incluyó 38 comparaciones independientes de 30 ensayos en los que participaron más de 53 000 personas. En general, **dichas intervenciones fueron efectivas para la reducción de episodios de diarrea. Las intervenciones domésticas fueron más efectivas en la prevención de la diarrea que las realizadas en la fuente.** Sin embargo, las diferencias en las intervenciones y los ámbitos en los que se realizaron, así como los métodos y las mediciones del efecto, limitan el grado en el que se pueden hacer generalizaciones. Es necesario realizar más investigaciones e incluir ensayos cegados y evaluaciones a largo plazo para entender el impacto completo de estas intervenciones.

1.2.2. La desnutrición o las carencias de micronutrientes tempranas pueden afectar negativamente muchos aspectos de la salud y el desarrollo del/la niño/a. Los programas de provisión escolar de comidas están diseñados para proporcionar alimentos a los niños hambrientos y mejorar su salud física, mental y psicosocial. Ésta es la primera revisión sistemática sobre el tema de la provisión escolar de comidas. En esta revisión se incluyeron 18 estudios; nueve se habían realizado en países de mayores ingresos y nueve en países de menores ingresos. En los estudios de calidad más alta (ensayos controlados aleatorios [ECA] de los países de bajos ingresos), **los niños y niñas que recibieron alimentos en la escuela aumentaron como promedio 0,39 kg más que los controles a los 19 meses; en los estudios de calidad inferior** (estudios controlados tipo antes y después (ECAD) [before and after studies]) la diferencia en el aumento fue de 0,71 kg a los 11,3 meses.

Los resultados de los países de mayores ingresos fueron mixtos, pero generalmente positivos. Para la talla, los resultados de los países de menores ingresos fueron mixtos; en los ECA, las diferencias de las ganancias sólo fueron importantes para los niños y niñas de menor edad, pero los resultados de los ECAD fueron en general grandes y significativos. Los resultados para la talla en los países de ingresos altos fueron mixtos, pero generalmente positivos. En los países de bajos ingresos, los niños y niñas que recibieron alimentos en la escuela asistieron a la misma con mayor frecuencia que los de los grupos control; este resultado se tradujo en un aumento promedio de cuatro a seis días al año por niño/a. Para las medidas de resultado educacionales y cognitivas los niños y niñas que recibieron alimentos en la escuela tuvieron más logros en matemática que los controles, así como en algunas tareas cognitivas a corto plazo. **Las comidas escolares pueden proporcionar beneficios físicos y psicosociales pequeños para los niños en estado de pobreza.**

Tabla 1.3. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Condiciones sanas en el trabajo

1.3.1.	Van der Molen HF, Lehtola MM, Lappalainen J, Hoonakker PLT, Hsiao H, Haslam R, Hale AR, Verbeek J. Intervenciones para la prevención de lesiones en la industria de la construcción (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0006251
1.3.2.	Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JHAM, van der Feltz-Cornelis CM. Intervenciones para mejorar la salud ocupacional en personas con depresión (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0006237
1.3.3.	Messing K, Ostlin P. Gender equality, work and health. A review of the evidence. World Health Organization. Geneva, 2006. Disponible en: http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf

1.3.1. Las tasas de lesiones ocupacionales en los obreros de la construcción son las más altas de las industrias principales. Aunque se han propuesto varias estrategias de control de lesiones en diversas organizaciones, su efectividad para reducir la tasa de lesiones en la industria de la construcción sigue siendo incierta.

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura sobre prevención de lesiones ocupacionales en los obreros de la construcción.

Se evaluó la calidad de los estudios y la efectividad de las intervenciones. Se identificaron cinco estudios.

Hay pruebas moderadas acerca de que los reglamentos solos no son efectivos para la prevención de lesiones no fatales y fatales en la industria de la construcción. Hay pruebas limitadas acerca de que una campaña de seguridad y un programa para un ambiente de trabajo sin drogas son efectivos para reducir las lesiones no fatales en la industria de la construcción.

La introducción de reglamentos sola no es efectiva para la reducción de lesiones fatales y no fatales en la industria de la construcción.

Se necesitan estrategias adicionales para aumentar el cumplimiento de los empleadores y los trabajadores con las medidas de seguridad prescritas en los reglamentos. Las intervenciones continuas en los obreros de la construcción y el personal de la administración, como una campaña de seguridad específica o un programa para un ambiente de trabajo sin drogas, parecen tener un efecto en la reducción de lesiones a más largo plazo.

La gran mayoría de las intervenciones organizacionales, de factores humanos y técnicos que recomiendan los textos estándar de seguridad, los consultores y los cursos de seguridad, no se han evaluado de forma adecuada; existe una necesidad urgente de abordar esta brecha en la base de pruebas.

1.3.2. Intervenciones para mejorar la salud ocupacional en personas con depresión.

Las discapacidades laborales como la ausencia por enfermedad o el funcionamiento laboral subóptimo son frecuentes en las personas con depresión. Sin embargo, no se conoce cómo mejorar de forma efectiva la capacidad laboral en este grupo. El objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad de las intervenciones dirigidas al trabajo y al/la trabajador/a para reducir la discapacidad laboral de los/as trabajadores/as con depresión. Se encontraron 11 estudios, con 2556 participantes. Ninguno de los estudios estaba dirigido al trabajo. De los estudios dirigidos al trabajador, sólo un estudio abordó específicamente los temas laborales durante el tratamiento, pero este estudio no mostró un efecto de la intervención. Las otras intervenciones estudiadas fueron los fármacos antidepresivos (cuatro estudios), la terapia psicodinámica (un estudio), la intervención cognitiva conductual informatizada (un estudio), la terapia de solución de problemas (un estudio) y la atención primaria mejorada (tres estudios). Un estudio encontró un efecto de los fármacos antidepresivos tricíclicos combinados con terapia psicodinámica pero ninguno de los otros estudios encontró este efecto en el seguimiento a corto y a largo plazo. Se concluye que **no existen pruebas de que los fármacos solos o la atención primaria mejorada reducen la discapacidad laboral en trabajadores/as con depresión. Además, no existen pruebas a favor o en contra de la efectividad de las intervenciones psicológicas para la reducción de la discapacidad laboral en trabajadores/as con depresión.**

1.3.3. Esta revisión destaca la necesidad de fortalecer y poner en marcha más y mejores programas y prácticas que aseguren un buen estado de salud y seguridad de las mujeres en el trabajo, a la vez que facilite la igualdad económica y social.

Esta publicación proporciona una visión general de los temas de género en la investigación, políticas y programas sobre trabajo y salud, y destaca algunos temas específicos para las mujeres. En particular, examina algunas incompatibilidades entre la lucha de las mujeres para conseguir la igualdad económica y social y sus necesidades de proteger su salud.

Algunas evidencias y conclusiones incluidas en este informe:

- Hay escaso conocimiento de la prevalencia e incidencia de problemas de salud, accidentes y factores de riesgo relacionados con el trabajo no remunerado, que afecta principalmente a las mujeres.
- La mayoría de los estudios sobre salud laboral son ciegos al género, no incluyen variables sensibles al género y no se desagregan los datos por sexo.

- El centro de atención de los estudios sobre salud laboral únicamente en el trabajo remunerado impide conocer las interacciones entre los factores de riesgo para la salud dentro del lugar de trabajo y fuera de él. Por ejemplo, existe evidencia de que las mujeres con menores a su cargo que tienen además un trabajo remunerado experimentan más estrés que las que no tienen esta responsabilidad.
- Los problemas de salud de las mujeres no pueden ser entendidos sin añadir marcos teóricos relacionados con los roles de género y el trabajo de las mujeres en la esfera doméstica.
- Numerosos estudios señalan la importancia de que la investigación sobre salud laboral realice una recogida, análisis y presentación de los resultados desagregados por sexo, y que además se tengan en cuenta otros factores de estratificación que interactúan con el género, como la clase social.

Tabla 1.4. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Vivienda saludable

1.4.1.	Lyons RA, John A, Brophy S, Jones SJ, Johansen A, Kemp A, Lannon S, Patterson J, Rolfe B, Sander LV, Weightman A. Modificación del ambiente doméstico para la disminución de lesiones (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0003600
1.4.2.	Water, AM. Do housing conditions impact on health inequalities between Australian's rich and poor? Australian Housing and Urban Research Institute; Sydney. 2001
1.4.3.	Thomson H & Petticrew M. Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. BMJ. 2001; 323: 187-190. Disponible en: http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/323/7306/187
1.4.4.	Acebedo-García D, Osypuk TL, Werbel RE. Does housing mobility policy improve health? Housing Policy Debate. Volume 15, issue 1. Fannie Mae Foundation, 2004. Disponible en: http://www.mi.vt.edu/data/files/hpd%2015(1)/hpd%2015(1)_article_acevedo.pdf

1.4.1. Se necesitan más pruebas para determinar si modificar o no el ambiente doméstico físico para eliminar los peligros potenciales reduce las lesiones.

Las lesiones domésticas son muy frecuentes. La mayoría de las lesiones en las personas mayores y en los niños de menos de cinco años de edad ocurren en el hogar. A muchas personas se les recomienda que modifiquen su hogar para tratar de reducir tales lesiones. Las alteraciones más frecuentes incluyen la instalación de cerraduras en armarios y cubiertas en las tomas eléctricas, mejoría de la iluminación en los pasillos y las escaleras y la eliminación de alfombras y otros factores de riesgo de caídas. **La revisión encontró que no hay pruebas suficientes a partir de los ensayos que indiquen que tales cambios reducen el número de lesiones domésticas, pero no concluye que estas intervenciones no son efectivas.** Es

necesario evaluar las alteraciones domésticas mediante ensayos más grandes y mejor diseñados.

1.4.2. Una reciente revisión bibliográfica sobre investigaciones que relacionan infravivienda y salud, concluye que el riesgo más alto está relacionado con las condiciones hidrotermales (frío, humedad y moho), seguido de la exposición en la vivienda a radón, ácaros de polvo, humo ambiental de tabaco, monóxido de carbono, crecimiento de hongos, seguridad y efectos del plomo. Según la bibliografía revisada, **existen indicios suficientes de que las condiciones de la vivienda son importantes para la salud física y mental de la población, y que las políticas dirigidas a garantizar unas adecuadas condiciones de la vivienda tendrán un efecto positivo en la salud.**

1.4.3. Efectos en la salud de las intervenciones para mejorar la vivienda: Una revisión sistemática evaluó la efectividad de estas intervenciones, que incluyeron **reasantamiento, rehabilitación, y medidas de eficiencia energética. Las principales medidas de resultado fueron: el cambio socioeconómico y la salud, la enfermedad y las medidas sociales.**

Muchos estudios mostraron beneficios para la salud después de la intervención, pero el estudio de poblaciones pequeñas y la falta de control de los factores de confusión limita la generalización de estos hallazgos.

1.4.4. En esta revisión, las políticas de movilidad de la vivienda fueron concebidas como políticas de desagregación económica y racial. Aunque no pretendían intencionadamente mejorar la salud, parece que lo hicieron. Desde la perspectiva de la salud pública, la implicación más importante de la evidencia es que **las políticas de vivienda tienen el potencial de mejorar la salud individual, siendo uno de los más importantes efectos el bienestar psicológico.** Además, también reducen las desigualdades al mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos.

Tabla 1.5. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Movilidad sostenible y segura

1.5.1.	Brunton G, Oliver S, Oliver K, Lorenc T (2006) A Synthesis of Research Addressing Children's, Young People's and Parents' Views of Walking and Cycling for Transport. London: EPPI-Centre, Social Science. Disponible en: http://eppi.ioe.ac.uk/cms/LinkClick.aspx?fileticket=%2B%2F13Gybr%2B6U%3D&tabid=942&mid=2141
1.5.2.	Ker K, Roberts I, Collier T, Renton F, Bunn F. Educación vial posterior a la entrega de licencias para la prevención de accidentes en carretera (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://campus.easp.es/Abierto/file.php?file=%2F277%2FRevisiones%2FAccidentes%2FTrafico_y_Seguridad_vial%2F15_Educacion_vial_tras_licencia_RS_Cochrane.pdf

1.5.1. La revisión de los estudios incluidos llega a la conclusión de que **la opinión de los niños y niñas, jóvenes y padres y madres sobre los factores que más obstaculizan el uso del transporte a pie o en bicicleta se relacionan con una fuerte cultura del uso del coche, el miedo y la aversión a que los niños y niñas sean usuarios/as de transporte y la responsabilidad de los padres y madres con sus hijos.** La cultura de transporte varía según la edad, el sexo y la zona (urbana, suburbana o rural).

Los estudios de opinión de en este tema tienen varias implicaciones para la intervención. **La más importante es la necesidad de disminuir la conveniencia de viajar en coche y, simultáneamente, aumentar la seguridad de peatones y ciclistas en las zonas residenciales y alrededor de las escuelas.** De acuerdo con la evidencia de la investigación, esto podría estimular a los niños y niñas, personas jóvenes y padres y madres a utilizar la bicicleta o caminar a pie, y a usar más los espacios públicos, lo que **fortalecería los entornos de la comunidad en general y ofrecería una mayor independencia a niños y niñas y jóvenes en un entorno más seguro.**

1.5.2. Existen pruebas sólidas de que la educación vial avanzada y correctiva no reduce los accidentes en carretera o lesiones.

Los accidentes en carretera son una de las principales causas de muerte y lesión en todo el mundo. Dado que los errores de los/as conductores/as son un factor frecuente de contribución a los accidentes, la educación vial a menudo se usa en la creencia de que esto hace a los/as conductores/as más seguros. La educación vial para conductores/as con licencia puede consistir en programas correctivos para aquellos/as con registros de conducción deficientes, o los cursos avanzados para los/as conductores/as en general. Pueden ofrecerse por correspondencia, o como capacitación grupal o individual. **La revisión de los ensayos encontró pruebas sólidas de que ningún tipo de educación vial para conductores/as con licencia da como resultado una reducción en los accidentes o las lesiones.**

Tabla 1.6. Evidencias sobre el derecho a disfrutar de un adecuado nivel de Salud Pública: Educación sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida salud sexual y reproductiva

1.6.1.	Furnee C A, Groot W, Van Den Brink H M. The health effects of education: a meta-analysis. Eur J Pub Health. 2008; 18(4): 417-421. Disponible en: http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/ckn028
1.6.2.	Kendrick D, Coupland C, Mulvaney C, Simpson J, Smith SJ, Sutton A, Watson M, Woods A. Educación en seguridad domiciliaria y provisión de equipos de seguridad para la prevención de heridas (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0005014
1.6.3.	Duperrex O, Roberts I, Bunn F. Educación de peatones en temas de seguridad para la prevención de lesiones (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0001531
1.6.4.	Ian Roberts, Irene Kwan and the Cochrane Injuries Group Driver Education Reviewers. Educación escolar de conductores para la prevención de accidentes de tráfico (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0003201
1.6.5.	Krishna S, Balas A, Spencer DC, Griffin JZ et al. Clinical trials of interactive computerized patient education: implications for family practice. Journal of Family Practice 1997;45(1):25-33.
1.6.6.	Zwi KJ, Woolfenden SR, Wheeler DM, O'Brien TA, Tait P, Williams KW. Programas educativos en escuelas para la prevención del abuso sexual infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0004380
1.6.7.	NHS Centre for Reviews and Dissemination. Effective health care preventing and reducing the adverse effects of unintended teenage pregnancies 1997;3(1):1-12. Disponible en: http://www.library.nhs.uk/publichealth/ViewResource.aspx?resID=252435
1.6.8.	Yamada J, DiCenso A, Feldman L, Cormillott P, Wade K, Wignall R, Thomas H. A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases in adolescents. Hamilton, Ontario, Effective Public Health Practice Project. March 1999. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/dare/dare-2002008014/en/index.html

1.6.1. Este meta-análisis confirma la estrecha relación existente entre educación y salud. Usando la salud autopercibida como variable resultado, cuantifica los efectos de la educación en la salud, y concluye que **el coste beneficio de la educación en base a los efectos en la salud es altamente positivo.**

1.6.2. Se evaluó la efectividad de la educación en seguridad domiciliaria, con o sin la provisión de equipos de bajo costo, con descuento o gratuitos, en cuanto al aumento de las prácticas de seguridad domiciliaria o a la reducción de las tasas de lesión de niños y niñas y si el efecto varió según el grupo social.

Se incluyeron 80 estudios; de los cuales se incluyeron al menos 37 en un metanálisis. Veintitrés (62%) fueron ECA y 12 (32%) de los estudios incluidos en el metanálisis proporcionaron DPI. La educación en seguridad domiciliaria fue efectiva en aumentar la proporción de familias con una temperatura segura del agua caliente (OR 1,35; IC del 95%: 1,01 a 1,80), la posesión de alarmas contra incendio funcionales (OR 1,85; IC del 95%: 1,24 a 2,75), el almacenamiento seguro de medicamentos (OR 1,58; IC del 95%: 1,18 a 2,13) y productos de limpieza (OR 1,63; IC del 95%: 1,22 a 2,17), la posesión de jarabe de ipecacuana (OR 3,34; IC del 95%: 1,50 a 7,44) y la accesibilidad a los números del centro de toxicología (OR 3,66; IC del 95%: 1,84 a 7,27), la instalación de puertas para escaleras fijas (1,26; IC del 95%: 1,05 a 1,51), el uso de protectores para enchufes en los enchufes en desuso (OR 3,73; IC del 95%: 1,48 a 9,39) y el almacenamiento de objetos punzocortantes fuera de alcance (OR 1,52; IC del 95%: 1,01 a 2,29). No existieron pruebas de que las intervenciones redujeron las tasas de lesiones térmicas, intoxicación o una variedad de lesiones. No existieron pruebas sólidas de que las intervenciones fueron menos efectivas para las familias con hijos en mayor riesgo de lesión.

La educación en seguridad domiciliaria, generalmente proporcionada de forma personalizada, cara a cara, en un ámbito clínico o en el domicilio, en particular con la provisión de equipos de seguridad, es efectiva en aumentar una variedad de prácticas de seguridad. No existen pruebas acerca de la repercusión de la intervención sobre las tasas de lesión de niños y niñas. No existieron pruebas sólidas de que la educación en seguridad domiciliaria, con o sin la provisión de equipos de seguridad, fue menos efectiva para las personas en mayor riesgo de lesión.

1.6.3. La educación en temas de seguridad peatonal para los niños y niñas puede mejorar sus conocimientos y cambiar su conducta al cruzar la calle, pero el efecto sobre las lesiones es desconocido.

Una importante proporción de las personas muertas o gravemente heridas en los accidentes de tráfico son los peatones, y los niños y niñas son particularmente vulnerables. Los programas de educación intentan enseñar a las personas cómo manejarse en el ambiente vial. A veces se usan los padres como educadores. La revisión de ensayos (principalmente realizados en niños/as) encontró que la educación en temas de seguridad peatonal puede mejorar los conocimientos de seguridad vial de los niños y niñas y su conducta observada al cruzar la calle. Puede ser necesario repetir la educación a intervalos regulares, ya que su efecto puede disminuir con el tiempo. Sin embargo, se desconoce si estos cambios de conocimiento o de

conducta pueden relacionarse con una reducción en las muertes y las lesiones de los peatones.

1.6.4. La educación escolar de conductores lleva a una adjudicación temprana de licencias y puede aumentar las tasas de accidentes viales.

Los y las adolescentes tienen un riesgo más alto de muerte y lesiones graves por accidentes que cualquier otro grupo. La educación de conductores basada en la escuela se ha promovido como una estrategia para reducir el número de adolescentes implicados en accidentes viales. Los resultados de esta revisión sistemática muestran que la educación de conductores en las escuelas lleva a la obtención temprana de licencias de conducir. **No se proporcionan pruebas de que la educación de conductores reduzca la participación en accidentes viales, y sugieren que pueden llevar a un modesto, pero potencialmente importante aumento en la proporción de adolescentes involucrados en accidentes de tráfico.**

1.6.5. Una revisión sistemática que evaluó 22 ensayos clínicos sobre intervenciones educativas computerizadas en la población para diversos tipos de conducta de riesgo para la salud encontró resultados positivos para todas las áreas de cuidado estudiadas, excepto para el tratamiento del alcoholismo. Concluye que **las intervenciones educativas mediante el ordenador son efectivas para mejorar la salud de la población y resultan un suplemento eficaz a las consultas médicas, pero nunca un sustituto.**

1.6.6. Los programas en escuelas para la prevención del abuso sexual infantil pueden mejorar el conocimiento y los comportamientos autoprotectores pero además aumentan la ansiedad; se necesita investigación adicional.

El abuso sexual infantil es un problema grave para los niños y niñas en edad escolar de todo el mundo. No existe una definición consistente de abuso sexual. Algunos estudios limitan el abuso sexual a casos de contacto sexual con el cuerpo del/la niño/a, mientras que otros definen abuso sexual como cualquier comportamiento sexual en presencia del menor. Cualquiera que sea su forma, el abuso sexual infantil tiene un impacto muy negativo en los niños y niñas. La Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas declara que "los niños tienen derecho a ser protegidos del daño o maltrato físico o mental" y la comunidad internacional debe investigar las formas de lograrlo de forma efectiva. Uno de los métodos ampliamente utilizados es educar a los niños y niñas en edad escolar a través de programas en las escuelas, acerca del abuso sexual infantil y cómo protegerse de éste. Es importante saber si este enfoque funciona, durante cuánto tiempo y si causa daño no intencional a los niños y niñas y adolescentes. Este es el objetivo de esta revisión sistemática.

Aunque esta revisión encontró mejoras en el conocimiento y los comportamientos protectores en los niños niñas que recibieron programas en escuelas, estos resultados

deben interpretarse con cautela. La razón por la que debe tenerse cautela es que hubo problemas con la manera en que se analizaron los estudios originales, el conocimiento del/la niño/a se evaluó durante un período corto después del programa, los estudios se realizaron en Norteamérica y por lo tanto, pueden no aplicarse a otros países y culturas y varios estudios informaron daños, como aumento de la ansiedad de los niños y niñas. Los daños potenciales deben monitorizarse minuciosamente en los estudios futuros y los programas en escuelas existentes. Es difícil saber si los cambios en el conocimiento y los comportamientos protectores de los niños que se observan en los estudios resultarán en la prevención del abuso sexual infantil. De esta manera, los programas en escuelas deben, en el mejor de los casos, considerarse una parte del enfoque comunitario a la prevención del abuso sexual infantil.

1.6.7. Un factor fuertemente asociado con el retraso de los embarazos en adolescentes es una buena educación general. La educación sexual basada en la escuela puede ser efectiva en reducir el embarazo adolescente especialmente cuando se vincula al acceso a servicios de anticoncepción. **La evidencia más fiable demuestra que el acceso a este tipo de servicios no aumenta la actividad sexual ni las tasas de embarazo. La accesibilidad a servicios sanitarios para la anticoncepción destinados a adolescentes se asocia con una disminución de las tasas de embarazo en estas edades.**

1.6.8. Una revisión sistemática de programas de prevención dirigidos a prevenir las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes entre 10 y 19 años encontró que es posible mejorar los comportamientos de los y las adolescentes de manera que se protejan frente a este tipo de enfermedades. **Las intervenciones educativas efectivas se basan en la teoría, proveen ejercicios prácticos y de habilidades, utilizan formadores entrenados, y duran un mínimo de 8 horas. La revisión también encontró que este tipo de programas no provocan un aumento en el número de adolescentes que deciden ser sexualmente activos/as, ni en la frecuencia de las relaciones sexuales.** Los estudios revisados que fueron más fuertes en el diseño y los que obtuvieron resultados más positivos se realizaron en poblaciones de alto riesgo o en comunidades de niveles educativos inferiores en los Estados Unidos. Esto puede limitar la generalización de los resultados de la revisión.

2. DERECHO A CONOCER EN RELACIÓN A LA SP

Tabla 2.1. Evidencias sobre el derecho a conocer en relación a la Salud Pública: Conocimiento adecuado sobre el estado epidemiológico del entorno, la salud ambiental y las características y condiciones de producción y distribución alimentaria

2.1.1.	Toronto Public Health. 2008. A Proposed Environmental Reporting and Disclosure Program for the City of Toronto – Technical Report. Toronto: City of Toronto. Disponible en: http://www.toronto.ca/health/hphe/pdf/erd_tech_report_june_2008.pdf
2.1.2.	Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Intervenciones de medios masivos de comunicación: efectos sobre la utilización de servicios sanitarios (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD000389

2.1.1. Este programa incluye un reglamento nuevo para la ciudad de Toronto, que obliga a las empresas y a otras entidades que realizan operaciones en la ciudad a informar públicamente sobre el uso que hacen de 25 productos químicos catalogados como peligrosos para el medio ambiente, así como sobre los niveles de preocupación que comprenden para la salud pública. Este tipo de programas, que se engloban en lo que se denomina “derecho de la comunidad a conocer”, han tenido éxito en la reducción de emisiones contaminantes para el medio ambiente.

Las personas responsables de salud en la elaboración del informe identificaron 25 sustancias en el medio ambiente que resultan nocivas para la salud. Estas sustancias suelen ser liberadas por las instalaciones industriales, comerciales e institucionales. El Departamento de Salud Pública de Toronto revisó los enfoques utilizados en América del Norte para reducir estas sustancias. Las investigaciones en programas similares han demostrado que cuando las empresas tienen la obligación de informar a la ciudadanía sobre el uso y emisiones de sustancias tóxicas, encuentran las maneras de reducir el uso de este tipo de productos químicos nocivos.

Con excepción de alguna información protegida, la ciudadanía tendrá acceso libre a los datos a través de una página Web. Basándose en la evidencia aportada por estudios previos, se prevé obtener los siguientes beneficios: **información transparente y fácil de entender que aumenta el conocimiento de la ciudadanía sobre su entorno local y las repercusiones de la calidad medioambiental para la salud. Con esto, los y las residentes disponen de la información necesaria para participar en las discusiones y debates que se abran en torno a las maneras de adoptar medidas de prevención de la contaminación y apoyar a los servicios locales que provoquen mejoras medioambientales.**

2.1.2. Los medios masivos de comunicación a menudo abordan temas relacionados con la salud, son la principal fuente de información acerca de importantes problemas de salud y están dirigidos por aquellos que intentan influenciar la conducta de profesionales de la salud y pacientes.

Esta revisión trató de evaluar los efectos de los medios masivos de comunicación sobre la utilización de los servicios sanitarios.

Se incluyeron ensayos aleatorios, ensayos clínicos controlados, estudios controlados tipo antes y después (controlled before and after studies) y análisis de series de tiempo interrumpido de intervenciones de medios masivos de comunicación. Los participantes eran profesionales de asistencia sanitaria, pacientes y el público en general.

Se incluyeron veinte estudios. Todos utilizaron diseños de series de tiempo interrumpido. Quince evaluaron el impacto de las campañas formales de medios masivos de comunicación y cinco de la cobertura de temas relacionados con la salud realizada por los medios de comunicación. La calidad metodológica global fue variable. Seis estudios no realizaron análisis estadísticos y nueve utilizaron pruebas estadísticas inadecuadas (es decir, no tuvieron en cuenta el efecto de la tendencia temporal). **Todos los estudios excepto uno concluyeron que los medios masivos de comunicación fueron eficaces. Estos hallazgos positivos se confirmaron con nuestro nuevo análisis en siete estudios. La dirección del efecto fue consistente entre los estudios hacia el cambio esperado.**

A pesar de la información limitada acerca de los aspectos básicos de las intervenciones de medios masivos de comunicación y la calidad deficiente de la investigación primaria disponible, **existen pruebas de que estos canales de comunicación pueden ejercer una influencia importante en el uso de intervenciones de asistencia sanitaria.** Aunque los hallazgos de esta revisión pueden verse afectados por el sesgo de publicación, aquellos que se ocuparon de promover una mejor captación de la información de investigación en la práctica clínica deben considerar a los medios masivos de comunicación como una de las herramientas que puede estimular el uso de los servicios eficaces y desalentar los de efectividad no comprobada.

3. DERECHO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tabla 3.1. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Conocimiento de riesgos, enfermedades y secuelas asociadas a diferentes etapas de la vida

3.1.1.	Black M, Yamada J, Bakker R, Brunton G, Cava M, Camiletti Y, Colton P, Harmer M, Mann V, Michel I, Micucci S, O'Brien M A, Rath D, Varcoe K. Community-based strategies to promote cervical cancer screening. Hamilton, ON, Canada: City of Hamilton, Social and Public Health Services Division. Effective Public Health Practice Project. 2000. Disponible en: http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/Research/Full-Reviews/CXCA-Review.pdf
3.1.2.	Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervenciones para promover el abandono del hábito de fumar durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0001055
3.1.3.	Thomas R, Perera R. Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0001293

3.1.1. Una revisión examinó la efectividad de estrategias basadas en la comunidad para aumentar la participación de las mujeres en el screening de cáncer de cuello de útero.

Los programas basados en la teoría, combinando campañas en los medios de comunicación con intervenciones directas adaptadas a las mujeres y a los proveedores de la información, sensibles a los factores culturales, resultaron los más efectivos para promocionar el screening de cáncer de cuello de útero.

3.1.2. Las estrategias pueden ayudar a apoyar a las mujeres para abandonar el hábito de fumar en el embarazo para que los recién nacidos tengan mejor salud.

El hábito de fumar en el embarazo es frecuente, en particular donde hay ingresos bajos y desventaja social. El hábito de fumar en el embarazo aumenta el riesgo de los recién nacidos de que tengan bajo peso al nacer y sean prematuros. Los recién nacidos luchan con frecuencia para enfrentar la vida fuera del útero y pueden sufrir problemas de salud en etapas posteriores de la vida. A muchas madres les resulta difícil dejar de fumar, o reducir el hábito durante el embarazo aun conociendo los beneficios que esto puede implicar, porque el tabaco les ayuda a resistir el estrés. Existen estrategias eficaces que pueden ayudar y apoyar a las mujeres para dejar de fumar y que resultan en una menor cantidad de recién nacidos prematuros y en un mejor peso del recién nacido al nacer.

3.1.3. Hay pocas pruebas sólidas de que los programas basados en escuelas son efectivos a largo plazo para prevenir el comienzo del hábito de fumar.

Se identificaron 23 ensayos controlados aleatorios de alta calidad de programas basados en las escuelas para evitar que los niños que nunca habían fumado se convirtieran en fumadores. Las intervenciones incluyeron el suministro de información, enfoques de influencias sociales, entrenamientos de habilidades sociales, e intervenciones en la comunidad. Hay pocas pruebas de que la información sola sea eficaz. La mayoría de los estudios recurrió a una intervención de influencias sociales. Aunque la mitad del grupo de estudios de mejor calidad encontró efectos a corto plazo sobre el comportamiento del hábito de fumar de los niños, el ensayo más largo y de mejor calidad (el Hutchinson Smoking Prevention Project) no mostró efectos a largo plazo de 65 lecciones durante ocho años. Son limitadas las pruebas en cuanto a los efectos de las intervenciones como el desarrollo de competencia social genérica, y las consistentes en un enfoque multimodal con iniciativas comunitarias.

Tabla 3.2. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Estrategias educativas sobre alimentación y nutrición, en particular para niños y niñas

3.2.1.	Louk P, Gerjo K, Geert TD, Goof B, Theo P. Effective elements of school health promotion across behavioural domains: a systematic review of reviews. BMC Public Health 2009,9:182. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/182
3.2.2.	Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Intervenciones para prevenir la obesidad infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD001871

3.2.1. Una revisión de revisiones sistemáticas analizó la efectividad de los programas de promoción de la salud en las escuelas para mejorar los comportamientos relacionados con el abuso de sustancias, conductas sexuales y nutrición.

Los programas que abordan de forma integrada múltiples comportamientos pueden ser más efectivos que los que se centran sólo en uno, como ocurre en la mayor parte de los programas de promoción de salud en las escuelas. El objetivo de esta revisión de revisiones sistemáticas fue examinar la eficacia de este tipo de programas integrales.

La búsqueda bibliográfica abarcó el periodo entre 1995 y 2006 y analizó 55 revisiones y meta-análisis.

Se identificaron los siguientes elementos efectivos en los tres tipos de comportamiento estudiados: el uso de la teoría, hacer frente a las influencias sociales, las habilidades cognitivo-conductuales, la formación de los facilitadores, la participación de los padres y un mayor número de sesiones.

Se concluye que **los programas integrados dirigidos a estos tres tipos de comportamiento son factibles y efectivos en la promoción de la salud de la población escolar.**

3.2.2. Intervenciones para prevenir la obesidad infantil.

La evidencia actual sugiere que numerosas intervenciones de dieta y ejercicios para prevenir la obesidad en los niños y niñas no son efectivas para prevenir el aumento de peso, pero pueden serlo para promover una alimentación saludable y mayores niveles de actividad física.

Poseer demasiado sobrepeso (obesidad) puede causar problemas de salud, psicológicos y sociales en los niños y niñas. Presentar obesidad en la niñez se asocia con una mayor probabilidad de presentar problemas de peso y de salud en la edad adulta. Los programas diseñados para prevenir la obesidad se centran en modificar uno o más de los factores que se consideran promotores de la obesidad.

Esta revisión incluyó 22 estudios que evaluaban una variedad de programas de intervención que incluían el incremento de la actividad física y cambios alimentarios, solos o en combinación. Los y las participantes tenían menos de 18 años de edad y residían en Asia, América del Sur, Europa o Norteamérica. **No hay suficiente evidencia a partir de los ensayos para probar que cualquier programa en particular puede prevenir la obesidad en los niños y niñas, aunque las estrategias exhaustivas para abordar el cambio en la dieta y la actividad física, junto con el apoyo psicosocial y el cambio ambiental, pueden ayudar.** Hubo una tendencia de las intervenciones más nuevas a involucrar a la comunidad respectiva y a incluir evaluaciones.

Tabla 3.3. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Publicidad veraz relativa a alimentos

3.3.1. Lobstein T, Dobb S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. <i>Obes Rev.</i> 2005 Aug;6(3):203-8. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045635

3.3.1. Una reciente revisión de la literatura concluyó que **la cantidad de publicidad en televisión que visualizan los niños y niñas está relacionada con la prevalencia de exceso de peso corporal entre los/as niños/as.** Además, el contenido de la publicidad parece tener un efecto específico. Los resultados justifican la necesidad de tomar medidas de precaución para reducir la exposición de los niños y niñas a las prácticas de comercialización que propician la obesidad.

Tabla 3.4. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Información adecuada sobre factores determinantes de la salud mental y cómo afrontarlos

3.4.1. Herrman H. The need for mental health promotion. Aust N Z J Psychiatry. 2001 Dec;35(6):709-15. Disponible en:
http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/11990880/abstract/The_need_for_mental_health_promotion_

3.4.1. Según una revisión selectiva de la literatura, **mejorar la salud mental y la reducción de la enfermedad mental mejora la calidad de vida, la salud pública y la productividad.** Las necesidades de promoción de la salud mental son complementarias a las necesidades de prevención y tratamiento de la enfermedad mental. Las actividades necesarias son diferentes. Profesionales de la salud mental tienen un papel necesario pero no suficiente en la promoción de la salud mental.

La comprensión de que las enfermedades mentales son tratables puede fomentar la entrada temprana a la atención, mejorar los resultados y reducir el estigma y la discriminación relacionados con la enfermedad mental. **En la atención primaria de la salud hay alguna evidencia de que las intervenciones preventivas con los grupos de alto riesgo de la depresión pueden prevenir los episodios de mala salud.** Sin embargo, la promoción de la salud mental consiste en otra dimensión. Una mejor comprensión de la naturaleza de la salud mental y la enfermedad mental es la clave para cambiar las prioridades, políticas y prácticas en la educación, la ley, servicios sociales, vivienda y salud crítico a su vez a las condiciones que propician la salud mental.

Tabla 3.5. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Estrategias que promuevan estilos de vida que reduzcan el riesgo de drogadicción y conductas violentas

3.5.1.	Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft DR. Intervenciones en ámbitos no escolares para la prevención de la drogadicción en jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CDO05030
3.5.2.	Mytton J, DiGiuseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. Programas escolares de prevención secundaria de la violencia (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CDO04606
3.5.3.	Fisher, H, Gardner FEM, Montgomery P. Intervenciones cognitivoconductuales para prevenir la participación de niños y jóvenes (7 a 16 años) en pandillas (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CDO07002

3.5.1. Esta revisión trata de resumir las pruebas actuales acerca de la efectividad de las intervenciones implementadas en ámbitos no escolares para prevenir o reducir el consumo de drogas por menores de 25 años; investigar si los efectos de las intervenciones son modificados por el tipo y el ámbito de la intervención y la edad de los jóvenes en cuestión; e identificar áreas en las que se necesita más investigación.

Se incluyeron ensayos aleatorios que evaluaban una intervención dirigida a la drogadicción en menores de 25 años de edad implementada en un ámbito no escolar, comparada con ninguna intervención u otra intervención, y que informaban medidas de resultado significativas y relevantes para la revisión. Dos autores, de forma independiente, evaluaron la calidad de los ensayos y extrajeron los datos. Se tabularon los resultados ya que se consideró que los estudios eran demasiado disímiles para ser combinados mediante el metanálisis.

Se incluyeron diecisiete estudios, 9 estudios aleatorios por grupo con 253 grupos y 8 estudios aleatorios individuales con 1 230 participantes, que evaluaban cuatro tipos de intervenciones: entrevistas motivacionales o intervenciones breves, educación o entrenamiento de habilidades, intervenciones familiares e intervenciones de la comunidad con componentes múltiples. Muchos estudios presentaban desventajas metodológicas, especialmente altos niveles de pérdidas durante el seguimiento. Había muy pocos estudios para establecer conclusiones definitivas. Un estudio de entrevistas motivacionales sugirió que esta intervención fue beneficiosa para el consumo de cannabis. Tres intervenciones familiares (Focus on Families,

Iowa Strengthening Families Program y Preparing for the Drug-Free Years), cada una evaluada en un sólo estudio, sugirieron que pueden resultar beneficiosas en la prevención del consumo de cannabis. Los estudios de intervenciones de la comunidad con componentes múltiples no hallaron efectos importantes sobre las medidas de resultado de la drogadicción, y los dos estudios de educación y entrenamiento de habilidades no identificaron diferencias entre los grupos de intervención y de control.

Faltan pruebas sobre la efectividad de las intervenciones incluidas. Las entrevistas motivacionales y algunas intervenciones familiares pueden presentar algún beneficio. La relación coste-efectividad aún no ha sido abordada en ningún estudio, y se necesita investigación adicional para determinar si se puede recomendar alguna de estas intervenciones.

3.5.2. La violencia se considera un problema de salud pública global importante y, por este motivo, se ha prestado mucha atención a las intervenciones dirigidas a la prevención del comportamiento agresivo y violento. Debido a que el comportamiento agresivo en la niñez se considera un factor de riesgo de violencia y comportamiento criminal en la edad adulta, las estrategias de prevención de la violencia dirigidas a los/as niños/as y adolescentes, como los programas escolares, se consideran intervenciones alentadoras.

Algunos programas escolares de prevención se dirigen a todos los/as niños/as que asisten a una escuela o clase, mientras que otros restringen la intervención a los/as niños/as que ya han presentado, o amenazan presentar, un comportamiento considerado agresivo; dicho enfoque se conoce como "prevención secundaria". En los últimos 20 años se han implementado diversos programas escolares de prevención de la violencia; no obstante, aún no se tiene pleno conocimiento de su efectividad.

El objetivo de esta revisión sistemática fue determinar la efectividad de los programas escolares de prevención secundaria para prevenir la violencia (es decir, las intervenciones dirigidas a niños y niñas ya identificados/as como agresivos/as o en riesgo de serlo).

Los autores y autoras analizaron todos los ensayos que investigaban la efectividad de los programas de prevención secundaria de la violencia dirigidos a los/as niños/as en la educación obligatoria, en comparación con ninguna intervención o una intervención placebo.

Se encontraron 56 estudios; los hallazgos generales indican que **los programas escolares de prevención secundaria dirigidos a reducir el comportamiento agresivo parecen producir mejorías en el comportamiento. Las mejorías pueden lograrse en grupos en edad escolar tanto primaria como secundaria y en grupos de ambos sexos y de varones solamente.**

3.5.3. La investigación indica que los y las jóvenes que se incorporan a pandillas tienen mayor probabilidad de participar en la delincuencia y el crimen, en delitos particularmente serios y

violentos, en comparación con jóvenes que no participan de pandillas y jóvenes que no se incorporan a pandillas delincuentes. La investigación también ha encontrado que tanto jóvenes delincuentes como jóvenes que se incorporan a las pandillas, a menudo muestran un rango de sentimientos, creencias y pensamientos negativos, comparados con los pares no delincuentes. Las intervenciones cognitivoconductuales, diseñadas para solucionar estos déficits, han tenido una repercusión positiva sobre varios trastornos conductuales y psicológicos entre niños y niñas y jóvenes. Esta revisión sistemática fue diseñada para evaluar la efectividad de estas intervenciones cognitivoconductuales para la prevención de la participación de jóvenes en pandillas. Una estrategia de búsqueda de tres partes no encontró ningún ensayo controlado aleatorio o ensayos controlados cuasialeatorios con la efectividad de las intervenciones cognitivoconductuales para la prevención de pandillas; cuatro estudios excluidos que examinaban la repercusión del Gang Resistance Education and Training (GREAT) fueron de una calidad demasiado pobre para ser incluidos en el análisis. Por lo tanto, las únicas conclusiones posibles de esta revisión son la necesidad urgente de evaluaciones primarias adicionales de intervenciones cognitivoconductuales para la prevención de pandillas, y la importancia de los altos estándares requeridos en la investigación realizada para proporcionar resultados significativos que puedan guiar a futuros programas y políticas.

Tabla 3.6. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Promoción de actividades físicas saludables

3.6.1.	Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD003180
3.6.2.	Maureen Dobbins, Kara De Corby , Paula Robeson , Heather Husson, Daiva Tirilis. Programas escolares de actividad física para promover la actividad física y el buen estado físico en niños y adolescentes de entre seis y 18 años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD007651
3.6.3.	Ogilvie D, Foster C E, Rothnie H, Cavill N, Hamilton V, Fitzsimons C F, Mutrie N. Interventions to promote walking: systematic review. <i>BMJ</i> 2007; 334: 1204. Disponible en: http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=12007008145
3.6.4.	Jackson NW, Howes FS, Gupta S, Doyle JL, Waters E. Intervenciones implementadas por instituciones deportivas para incrementar la práctica de deportes (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD007651

3.6.1. Las intervenciones diseñadas para aumentar la actividad física pueden ser moderadamente efectivas al incentivar a las personas a ser físicamente activas y a tener un mejor estado físico.

Un modo de vida sedentario aumenta el riesgo de padecer varias enfermedades crónicas, incluida la cardiopatía. La actividad física regular puede reducir este riesgo y también proporcionar otro beneficio para la salud física y, posiblemente, mental. La mayoría de los adultos no son activos según los niveles recomendados. Esta revisión halló que el asesoramiento profesional y la orientación, junto con el apoyo constante, pueden incentivar a las personas mayores de 16 años a ser más activos físicamente. Sin embargo, la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión, no duró más de un año. No hubo un aumento de los eventos cardíacos o lesiones relacionadas con el ejercicio entre los que se volvieron físicamente activos, en comparación con aquellos que permanecieron sedentarios. Se necesitan más investigaciones para establecer qué métodos de promoción de ejercicios funcionan mejor a largo plazo, para incentivar a diferentes tipos de personas a ser más activos físicamente.

3.6.2. Las pruebas actuales indican que las intervenciones escolares con actividad física pueden ser efectivas para desarrollar conductas relacionadas con el estilo de vida saludable entre los/as niños/as y adolescentes, que luego se traducirán en la disminución del riesgo de muchas enfermedades crónicas y de padecer cáncer en la edad adulta. Las pruebas también indican que la mejor estrategia primaria para mejorar la salud a largo plazo de los/as niños/as y adolescentes mediante el ejercicio puede ser crear modelos de estilo de vida con actividad física regular que perduren durante la edad adulta.

Se estima que hasta 1,9 millones de muertes en el mundo son atribuibles a la inactividad física, y que la inactividad es un factor de riesgo clave para el desarrollo de la mayoría de las enfermedades crónicas y del cáncer.

Estos datos son alarmantes, particularmente porque se sabe que los modelos de actividad física se transfieren desde la infancia hasta la edad adulta; que los/as niños/as presentan, con frecuencia creciente, factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, como la obesidad, la elevación del contenido de lípidos en la sangre y la hipertensión, trastornos que continúan en la edad adulta; y que se han encontrado en estudios posmortem en niños vetas ateroscleróticas de grasa en las arterias coronarias, indicativas de cardiopatía coronaria.

Esta revisión incluyó 26 estudios que evaluaron la repercusión de intervenciones escolares combinadas dirigidas a aumentar la actividad física en los/as niños/as y adolescentes. Los

participantes tenían entre seis y 18 años de edad y vivían en Australia, América del Sur, Europa y Norteamérica.

Hay buenas pruebas de que las intervenciones escolares con actividades físicas son efectivas para aumentar la duración de la práctica de la actividad física, disminuir el colesterol en sangre y el tiempo frente al televisor y aumentar el VO₂ máx. El VO₂ máximo, conocido como captación de oxígeno máxima o capacidad aeróbica, refleja el nivel de aptitud física de un individuo y aumenta en general cuando mejora el nivel del estado físico. Estas intervenciones no son efectivas para aumentar el porcentaje de niños/as y adolescentes que realizan actividades físicas durante el tiempo libre, o para disminuir la presión arterial sistólica y diastólica, el índice de masa corporal y la frecuencia del pulso. Como mínimo, una combinación de materiales educativos impresos y cambios en el programa de estudios escolar que promueven la actividad física produce efectos positivos en cuatro de las nueve medidas de resultado.

3.6.3. Se revisaron 27 estudios que evaluaban los efectos de las intervenciones que se dirigían a promocionar el acto de caminar en general. Las intervenciones fueron dirigidas frecuentemente a grupos específicos de población. **Los mejores resultados se obtuvieron en las personas sedentarias. Todos los estudios que usaron anuncios breves dirigidos a la comunidad reportaron un incremento significativo en la función de caminar, según la propia percepción de la población. El uso de podómetros (contadores de pasos) se asoció con un aumento significativo de caminar a corto plazo, pero aparentemente los cambios no se mantuvieron a largo plazo.**

Los autores afirmaron que las intervenciones exitosas podrían conllevar un aumento de un total de 30 a 60 minutos por semana en el acto de caminar en general, beneficios que parecen ser independientes del grupo demográfico y el nivel socioeconómico.

Siete estudios reportaron un aumento en paralelo en la actividad física en general, o una reducción de los factores de riesgo, al final de seguimiento. Tres de los 6 estudios de evaluación de la salud, el bienestar o la calidad de vida encontraron una diferencia global significativa entre los grupos de intervención y de control.

3.6.4. El deporte y la recreación se considera un área prioritaria para incrementar las tasas de actividad física. Se ha observado que las tasas de participación son inferiores en las mujeres, que descienden con la edad y que son reducidas en estratos socioeconómicos bajos y grupos minoritarios. Es importante determinar las intervenciones más efectivas que las organizaciones deportivas pueden utilizar para incrementar la participación y reducir las desigualdades. **Esta revisión sistemática de la bibliografía no encontró ensayos controlados que evalúen los efectos de las intervenciones para incrementar la participación en el deporte.**

Tabla 3.7. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Espacios públicos y zonas verdes que favorezcan la salud

3.7.1.	Heath, Gregory W.; Brownson, Ross C.; Kruger, Judy; Miles, Rebecca; Powell, Kenneth E.; Ramsey, Leigh T. The Effectiveness of Urban Design and Land Use and Transport Policies and Practices to Increase Physical Activity: A Systematic Review. J Physical Activ. 2006; 3 (Suppl 1). Disponible en: http://www.activelivingresearch.org/files/JPAH_5_Heath.pdf
--------	--

3.7.1. Se revisaron los estudios que abordan las siguientes estrategias y políticas ambientales para promover la actividad física: diseño urbano y políticas de ordenación de usos del suelo que aumenten las posibilidades de actividad física, prácticas y políticas de transportes. **Algunas de las estrategias de ordenación de usos del suelo y urbanismo fueron efectivas para promocionar la actividad física.** Información adicional sobre la aplicabilidad, otros efectos, y obstáculos para la aplicación fueron provistos por estas intervenciones.

Tabla 3.8. Evidencias sobre el derecho a la promoción de la salud: Estrategias y educación en movilidad sostenible que favorezcan la salud

3.8.1.	Morrison DS, Petticrew M, Thomson H. What are the most effective ways of improving population health through transport interventions? Evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health. 2003; 57: 327-333. Disponible en: http://jech.bmj.com/cgi/content/abstract/57/5/327
--------	---

3.8.2.	Ogilvie D, Foster C E, Rothnie H, Cavill N, Hamilton V, Fitzsimons C F, Mutrie N. Interventions to promote walking: systematic review. BMJ 2007; 334: 1204. Disponible en: http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=12007008145
--------	--

3.8.1. Esta revisión sistemática evaluó la efectividad de intervenciones relacionadas con el transporte para mejorar la salud de la población. Se identificaron 28 revisiones sistemáticas. Las revisiones de más alta calidad indican que **las intervenciones más efectivas son las campañas de promoción (para prevenir lesiones en la infancia, para aumentar el uso de la bicicleta y la motocicleta, y para promocionar los asientos de coche para niños y los cinturones de seguridad), calmar el tráfico, y una legislación específica para evitar el alcohol en la conducción.**

3.8.2. Se revisaron 21 estudios que se dirigían a la promoción de caminar como modo de transporte. La mayoría de las intervenciones fueron realizadas únicamente en personas o familias altamente motivadas. **Las intervenciones para fomentar el turismo activo (14**

estudios) así como las iniciativas para excursiones escolares se asociaron con un incremento significativo de caminar, según señaló la propia población.

Los autores afirmaron que las intervenciones exitosas podrían conllevar un aumento de 15 a 30 minutos de caminar como modo de transporte, beneficios que parecen ser independientes del grupo demográfico y el nivel socioeconómico.

4. DERECHO A LAS ACCIONES PREVENTIVAS DE SALUD PÚBLICA

Tabla 4.1. Evidencias sobre el derecho a las acciones preventivas de salud pública: Prevención y atención de enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales.

4.1.1.	European Comission. Tobacco or Health in the European Unión. Past, present and future. Brusels: The ASPECT Consortium and European Commission Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2004. Disponible en: www.ensp.org
4.1.2.	Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, Tough SC. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. <i>Obes Rev.</i> 2006 Feb;7 Suppl 1:7-66. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16371076
4.1.3.	Lesley D Gillespie, M Clare Robertson, William J Gillespie, Sarah E Lamb, Simon Gates, Robert G Cumming, Brian H Rowe. Intervenciones para la prevención de caídas en personas de edad avanzada que residen en la comunidad (Revision Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD007146
4.1.4.	Sayed Subzwari, Ediriweera Desapriya, Shelina Babul-Wellar, Ian Pike, Kate Turcotte, Fahra Rajabali, Jacqueline Kinney. Pruebas de visión en conductores de edad avanzada para la prevención de lesiones y muertes causadas por accidentes de tránsito (Revision Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD006252
4.1.5.	Hay-Smith Jean, Mørkved Siv, Fairbrother Kate A, Herbison G Peter. Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD007471
4.1.6.	Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD002892
4.1.7.	El Dib RP, Verbeek J, Atallah AN, Andriolo RB, Soares BGO. Intervenciones para la promoción

	del uso de protección auditiva (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD005234
4.1.8.	Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Intervenciones dietéticas para la reducción del riesgo cardiovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD002128
4.1.9.	Pratt, B.M., & Woolfenden, S.R. Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD002891
4.1.10.	Mauricio Didac, Orozco Leonardo J, Buchleitner Ana Maria, Gimenez-Perez Gabriel, Roqué i Figuls Marta, Richter Bernd. Ejercicio o ejercicio y dieta para la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD003054
4.1.11.	Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD004691
4.1.12.	Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD003024
4.1.13.	Kujan O, Glenny AM, Oliver RJ, Thakker N, Sloan P. Programas de cribaje (screening) para la detección precoz y la prevención del cáncer oral (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD004150
4.1.14.	Sowden AJ, Arblaster L. Intervenciones en medios de comunicación masivos para prevenir el hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD001006
4.1.15.	Jos H Verbeek, Erik Kateman, Thais C Morata, Wout Dreschler, Bas Sorgdrager. Intervenciones para prevenir la pérdida de audición inducida por ruidos en el lugar de trabajo (Revisión Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD006396 .

4.1.1. En 2004 la Comisión Europea examina la situación de los países de la Unión en relación al desarrollo de sus políticas sobre tabaquismo. **Existe evidencia de que las intervenciones más efectivas para prevenir y controlar las enfermedades relativas al consumo de tabaco son: incremento del precio de los cigarrillos y otros productos del tabaco; prohibición de la publicidad y la promoción de todos los productos del tabaco, logotipos y marcas comerciales; prohibición y restricción de fumar en lugares públicos y en el lugar de trabajo; información al consumidor y al público en general incluyendo campañas públicas de información, uso de los medios y la publicidad; advertencias sanitarias sobre los efectos del consumo de tabaco en los paquetes de cigarrillos; y el tratamiento para ayudar a las personas que han desarrollado una dependencia del tabaco a dejar de fumar, incluyendo el acceso a las medicaciones.**

Existen evidencias de que la combinación de todas las medidas mencionadas, acompañada de una política asistencial eficaz, reducen significativamente la prevalencia del tabaquismo y, por tanto, la morbilidad y mortalidad causadas por el uso del tabaco.

4.1.2. La evidencia revisada indica que los programas actuales para prevenir la obesidad y reducir los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas en menores y jóvenes producen mejoras a corto plazo en los resultados relativos a la obesidad y la prevención de enfermedades crónicas.

4.1.3. A medida que las personas envejecen, probablemente presenten una mayor frecuencia de caídas por varios motivos, incluidos los problemas con el equilibrio, el deterioro de la visión y la demencia. Hasta un 30% de las personas sufren caídas cada año. Aunque una de cada cinco caídas puede requerir atención médica, menos de una de diez resulta en una fractura. El temor de caer puede dar lugar a los niveles de actividad autolimitados. Quizá no sea posible prevenir las caídas completamente, pero sí reducir las caídas en las personas que tienden a caer con frecuencia.

Esta revisión evaluó qué métodos son efectivos para las personas de edad avanzada que residen en la comunidad e incluyó 111 ensayos controlados aleatorios, con 55 303 participantes.

Los programas de ejercicios pueden centrarse en la fuerza, el equilibrio, la flexibilidad o la resistencia. Los programas que contienen dos o más de estos componentes reducen la tasa de caídas y el número de personas que sufren caídas. **Hacer ejercicios en grupos supervisados, hacer Tai Chi, y participar de programas de ejercicios prescritos de forma individual en el hogar son intervenciones efectivas.**

Las **intervenciones multifactoriales** evalúan el riesgo de caída de una persona, y luego administran un tratamiento para reducir su riesgo, o acuerdan la derivación. Se ha mostrado en

algunos estudios que estas intervenciones son efectivas, pero que no lo han sido en otros. Las pruebas generales actuales muestran que **reducen la tasa de caídas en las personas de edad avanzada que residen en la comunidad**. Estas intervenciones son complejas, y su efectividad puede depender de factores que aún deben determinarse.

La administración de suplementos de vitamina D probablemente no reduce las caídas, excepto en las personas que tienen un nivel bajo de vitamina D en la sangre. Estos suplementos pueden asociarse con niveles altos de calcio en la sangre, malestar gastrointestinal y trastornos renales.

Las intervenciones para mejorar la seguridad en el hogar no parecen ser efectivas, excepto en las personas de alto riesgo, por ejemplo con deterioro visual grave. Usar un dispositivo antideslizante para el calzado en suelos cubiertos de hielo puede reducir las caídas.

Algunos fármacos aumentan el riesgo de caídas. Asegurarse de que el tratamiento farmacológico se examine y se ajuste puede ser efectivo para reducir las caídas. **Se ha demostrado que el retiro gradual de algunos tipos de fármacos para mejorar la calidad del sueño, reducir la ansiedad y tratar la depresión reduce las caídas.**

La cirugía de cataratas reduce las caídas en las personas que se operan el primer ojo afectado. La inserción de un marcapasos puede reducir las caídas en las personas con caídas frecuentes asociadas a hipersensibilidad del seno carotídeo, una enfermedad que puede provocar cambios en la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

4.1.4. Un buen estado de la visión es esencial para una conducción segura. Dado que la visión desciende con la edad y el porcentaje de personas mayores en la población está aumentando, es más importante considerar la necesidad de pruebas de visión para las personas de edad avanzada al diseñar la política de seguridad vial en base a pruebas. La prueba de visión obligatoria para obtener o renovar una licencia de conducir asegura que las y los conductores de edad avanzada sean aptos para manejar con seguridad los vehículos.

Hasta la fecha, **no ha habido ensayos que demuestren la repercusión de las pruebas de visión en la prevención de los choques relacionados con conductores de edad avanzada.** Sin embargo, dada la importancia de la buena visión para conducir de manera segura, la prueba de la visión sigue siendo un tema relevante para todas las personas autorizadas para conducir.

4.1.5. Cerca de un tercio de las mujeres tienen una eliminación involuntaria de orina, y hasta una décima parte de las mujeres eliminan heces después del parto. Se recomienda frecuentemente el entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis durante el embarazo y después del nacimiento para la prevención y el tratamiento de la incontinencia. Este entrenamiento es un programa de ejercicios que las mujeres pueden realizar varias veces al

día para fortalecer su musculatura del piso de la pelvis. Son enseñados generalmente por un profesional de la salud como un fisioterapeuta. La revisión de los ensayos mostró que las mujeres que no tienen pérdida de orina mientras están embarazadas pueden reducir la eliminación de orina durante los seis primeros meses después con los ejercicios durante y después del embarazo. Los ejercicios también pueden ayudar a las mujeres que eliminan involuntariamente orina después del parto y pueden ayudarlas a eliminar menos heces. **Pueden ser útiles para las mujeres que están en mayor riesgo de la pérdida de orina, como después de tener un recién nacido grande o un parto con fórceps. Sin embargo, no hubo suficientes pruebas para decir si estos efectos persisten después del primer año.**

4.1.6. Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria

Los trabajadores de la atención sanitaria padecen de estrés laboral o relacionado con el trabajo que a menudo surge como resultado de las expectativas altas unidas al tiempo, habilidades y/o apoyo social insuficientes en el trabajo. Esta situación puede causar tensión grave, agotamiento o enfermedad física y, finalmente, una disminución en la calidad de vida y la prestación de servicios. Los costes del estrés y del agotamiento son elevados debido a un aumento del absentismo y de la renovación del personal.

Se realizó una búsqueda sistemática de la bibliografía acerca de la prevención del estrés o del agotamiento en los trabajadores de la atención sanitaria. Luego se evaluó la calidad de los estudios hallados y se combinaron los resultados.

Las intervenciones dirigidas a personas que incluyen un enfoque cognitivo-conductual (p.ej. entrenamiento en estrategias de afrontamiento), combinado con técnicas de relajación o no, pueden ser eficaces en la reducción del agotamiento, la ansiedad, el estrés y los síntomas generales en trabajadores de la salud en comparación con ninguna intervención. Las intervenciones orientadas al trabajo que incluyen comunicación o cambio de prestaciones de servicios de enfermería también pueden ser eficaces para reducir el agotamiento, el estrés y los síntomas generales en trabajadores de la salud en comparación con ninguna intervención. En el mejor de los casos, los resultados de las intervenciones para reducir el estrés o el agotamiento pueden aún ser evidentes después de un período de seis meses a dos años del final de las intervenciones.

La mayoría de los estudios son pequeños y de calidad deficiente, y no se sabe hasta qué punto debe modificarse una puntuación de estrés o de agotamiento para que sea significativa.

4.1.7. La efectividad de las intervenciones para promover el uso de protección auditiva para reducir la exposición al ruido entre los y las trabajadoras

La pérdida de la audición debida a la exposición a ruidos en el lugar de trabajo es una de las enfermedades ocupacionales más frecuentes. La afección es permanente y no hay un

tratamiento efectivo. Sin embargo, donde no puede eliminarse la fuente del ruido, la pérdida de audición puede reducirse al mínimo con el uso de dispositivos de protección (p.ej. tapones para los oídos u orejeras). La efectividad de estos dispositivos depende del ajuste, la calidad y de su uso regular por los y las trabajadoras. Esta revisión sistemática procuró evaluar la efectividad de las intervenciones para contribuir a que los trabajadores y trabajadoras usen protección auditiva para reducir su exposición al ruido.

Se incluyeron dos estudios en la revisión (1325 y 753 participantes respectivamente). **Las limitadas pruebas disponibles no demuestran que haya una diferencia del uso de la protección auditiva entre trabajadores/as que recibieron información personalizada, en comparación con los/as que recibieron información más general.** Las limitadas pruebas disponibles tampoco muestran que el uso de recordatorios después de proporcionar información aumente el uso de protección auditiva. Un estudio sí indicó que los programas a largo plazo basados en las escuelas pueden aumentar efectivamente el uso de la protección auditiva por estudiantes de escuelas vocacionales. Se necesita más investigación.

4.1.8. El régimen dietético es un determinante importante del riesgo de enfermedades crónicas, en particular de la cardiopatía. Esta revisión evaluó los efectos del asesoramiento dietético en personas adultas sanas a fin de producir mejoras sostenidas en sus regímenes alimentarios. También se examinó si un mejor régimen dietético reduciría los factores de riesgo asociados con la cardiopatía. Se encontraron 38 ensayos en los cuales se asignó al azar a personas adultas sanas a recibir asesoramiento dietético o ningún asesoramiento dietético. Las mejoras alimentarias recomendadas a las personas en los grupos de intervención se centraron en gran parte en la reducción de sal y en la ingesta de grasas y un aumento de la ingesta de frutas, vegetales y fibras. El asesoramiento se proporcionó de diversas maneras, incluidos el contacto personalizado, sesiones grupales y materiales escritos. Hubo variaciones en la intensidad de la intervención, con una variación de un contacto por participante del estudio a 50 horas de asesoramiento durante cuatro años. La duración de los ensayos varió de tres meses a cuatro años, con una mediana del período de seguimiento de diez meses. **Hubo algunas pruebas de mayor efectividad en las personas a las que se informó que estaban en riesgo de cardiopatía o cáncer. Se mostraron mejoras moderadas en los factores de riesgo cardiovascular, como presión arterial y niveles de colesterol total y de LDL. En los ensayos que separaron los efectos por sexo, las mujeres tendieron a hacer reducciones más importantes de la ingesta de grasas, pero no hubo pruebas suficientes para mostrar si este hecho se tradujo en una reducción más grande en los niveles de colesterol total.** Los ensayos no duraron el tiempo suficiente como para responder a la pregunta de si los cambios beneficiosos en los factores de riesgo cardiovascular dieron lugar a una incidencia reducida de la cardiopatía, el accidente cerebrovascular o el ataque cardíaco.

4.1.9. Los trastornos de la alimentación son una condición bastante difícil de tratar y los sujetos que los padecen consumen una enorme cantidad de recursos y energía en el área de la salud

mental. Algunos de los factores de riesgo que se han identificado (como ser joven, mujer y estar en dieta) han sido fiablemente relacionados con el desarrollo de los trastornos de la alimentación, y se han desarrollado varios programas de prevención en poblaciones de niños y adolescentes. En la actualidad, la evidencia publicada en la literatura es limitada como para sugerir que un tipo particular de programa es efectivo para prevenir los trastornos de la alimentación, y ha habido preocupaciones acerca de si algunas intervenciones pueden tener posibilidades de causar efectos nocivos. El presente metanálisis encontró sólo un efecto estadísticamente significativo -un ligero efecto derivado de la alfabetización de los medios y programas de promoción- para reducir la aceptación de ideales sociales sobre la imagen corporal. **No hay evidencia suficiente para sugerir que hubo efectos nocivos en el seguimiento a corto plazo en alguno de los ocho ensayos controlados aleatorios incluidos en la revisión.** Se necesitan datos longitudinales para evaluar los potenciales efectos positivos o negativos a largo plazo de programas diseñados para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y niñas y adolescentes.

4.1.10. La diabetes tipo 2 se caracteriza principalmente por una capacidad reducida de la hormona insulina para estimular la absorción de glucosa en la grasa corporal y en los músculos (resistencia a la insulina) combinada con una secreción insuficiente de insulina que provoca aumento en los niveles de glucosa en la sangre. Se ha mostrado que la reducción del peso y el aumento del gasto energético diario disminuyen la resistencia a la insulina. Hay algunos factores asociados con un mayor riesgo de diabetes tipo 2: las personas con obesidad, diabetes gestacional previa, hipertensión, antecedentes familiares de diabetes tipo 2, dislipidemia y algunos grupos étnicos tienen mayor riesgo. Las personas con "prediabetes" también tienen alto riesgo: tienen niveles anormales de glucosa en la sangre pero no en el rango de diabetes. La prediabetes a menudo precede el desarrollo de la diabetes tipo 2. Se buscaron ensayos que intentaran prevenir el desarrollo de la diabetes tipo 2 en los grupos en riesgo anteriormente mencionados. Se evaluaron los efectos del aumento en la actividad física sola o en combinación con intervenciones dietéticas en la incidencia de la diabetes y otros resultados.

Se incluyeron ocho ensayos con 2 241 participantes asignados al azar a la intervención de ejercicio y dieta y 2 509 participantes a la recomendación estándar. Además, 178 participantes se asignaron al azar a una intervención de ejercicio solo y 167 participantes a una intervención de dieta sola. La duración de las intervenciones en los ensayos varió desde uno a seis años. Las intervenciones variaron entre los estudios pero incluyeron principalmente restricción calórica si la persona presentaba sobrepeso, una ingesta con más fibras, con bajo contenido de grasas (especialmente grasa saturada) y alto contenido de carbohidratos. La actividad física varió pero se recomendó como promedio al menos 150 minutos semanales de caminata enérgica u otras actividades como ciclismo o trote. Las intervenciones se administraron principalmente mediante orientación individual frecuente por un fisioterapeuta, un fisiólogo de ejercicio y un dietista. **La incidencia de diabetes se redujo en el 37% (reducción del riesgo**

relativo) con ejercicio y dieta. Lo anterior tuvo efectos favorables sobre el peso corporal, la circunferencia de la cintura y la presión arterial. Se necesitan más pruebas sobre los efectos del ejercicio solo para la prevención de la diabetes tipo 2. Ningún estudio informó datos relevantes sobre la diabetes y la morbilidad relacionada con los problemas cardiovasculares, la mortalidad por todas las causas y la calidad de vida.

4.1.11. Se promueve el ejercicio como estrategia activa para prevenir y tratar la depresión y la ansiedad. Se halló que los datos de investigación son escasos y se realizaron principalmente en estudiantes universitarios. Seis ensayos pequeños indican que el ejercicio disminuye las puntuaciones de ansiedad informadas en niños sanos comparados con ninguna intervención. Cinco ensayos pequeños indican que **el ejercicio disminuye las puntuaciones informadas de depresión comparadas con ninguna intervención.** La base de investigación de niños en tratamiento es escasa; sólo tres ensayos pequeños investigaron el efecto del ejercicio en la depresión.

4.1.12. En esta revisión sistemática se evaluaron y consideraron muchos estudios que analizaban los programas de prevención educacionales y psicosociales. Varios programas no presentaron pruebas de eficacia. Se analizaron más detalladamente aquellos programas que informaron evaluaciones a más largo plazo (más de tres años de seguimiento) y se analizaron nuevamente varios estudios prometedores para proporcionar una mejor indicación del impacto potencial del programa de prevención. Sobre la base de este nuevo análisis, **el Programa fortalecimiento familiar en particular y también el entrenamiento en las aptitudes basadas en la cultura en particular, parecen ofrecer esperanzas. Sin embargo, todos los estudios incluidos en la revisión revelaron algunos defectos metodológicos y por lo tanto es necesario volver a realizarlos con diseños y análisis más sólidos, y en contextos diferentes.**

4.1.13. Se necesitan más pruebas para determinar si los programas de cribaje (screening) podrían detectar el cáncer oral más temprano y reducir así el número de muertes por esta enfermedad

El cáncer de boca y de faringe (cáncer oral) tiene una tasa de supervivencia baja, principalmente porque en muchos casos la enfermedad no es diagnosticada hasta que se encuentra en estado avanzado. El cribaje (screening) de la población general para el cáncer oral podría permitir la detección de casos de esta enfermedad en forma precoz. El método más común es el examen visual realizado por un clínico, pero existen otras técnicas que incluyen el uso de una "tinción" especial azul y una técnica por imágenes. La revisión concluyó que no existe suficiente evidencia para decidir si el cribaje (screening) por medio del examen visual reduce la tasa de mortalidad del cáncer oral, ni evidencia sobre otros métodos de cribaje (screening).

4.1.14. Se seleccionaron ensayos con asignación al azar, ensayos controlados sin asignación al azar y estudios de series temporales que evaluaran la efectividad de las campañas en medios de comunicación masivos (definidos como canales de comunicación como televisión, radio, periódicos, carteleras, carteles, hojas impresas o folletos destinadas a llegar a gran número de personas y que no dependen del contacto persona a persona) para influir en la conducta acerca del hábito de fumar (objetiva o autoinformada) de personas jóvenes de menos de 25 años de edad.

De un total de 63 estudios, seis que publican información sobre campañas para dejar de fumar en medios de comunicación masivos cumplieron todos los criterios de inclusión. Los seis estudios usaron un diseño de ensayo controlado. **Dos estudios concluyeron que los medios de comunicación masivos eran eficaces para influir en la conducta acerca del hábito de fumar de personas jóvenes. Las dos campañas eficaces tenían una base teórica sólida: usaron investigación formal para diseñar los mensajes de la campaña y la transmisión del mensaje fue de intensidad razonable durante extensos períodos de tiempo.**

Existe cierta evidencia de que los medios de comunicación masivos pueden ser eficaces para prevenir el inicio del hábito de fumar en personas jóvenes, pero la evidencia global no es fuerte.

4.1.15. Intervenciones para prevenir la pérdida de audición inducida por ruidos en el lugar de trabajo

Millones de trabajadores y trabajadoras se encuentran expuestos a niveles de ruidos que aumentan el riesgo de sufrir una deficiencia auditiva o pérdida de audición. En muchos países, existen programas de prevención de la pérdida de audición obligatorios, que se consideran una medida eficaz para prevenir la pérdida de audición inducida por ruidos. Sin embargo, las pruebas de estas asunciones no están claras.

Se halló un estudio que indicó que los niveles de ruido disminuyeron después de un cambio en la legislación para la industria minera.

En seis estudios con 169 trabajadores, la protección auditiva redujo la exposición a ruidos de los trabajadores. Sin embargo, un estudio de alta calidad reveló que si los y las trabajadoras no reciben instrucciones adecuadas sobre el uso de los tapones de oídos, la protección auditiva es insuficiente.

Se hallaron 15 estudios con 75 672 participantes que evaluaron los efectos a largo plazo de la protección contra la exposición a ruidos. Seis estudios compararon los efectos de los programas de prevención de la pérdida de audición de trabajadores/as con los niveles de audición de trabajadores/as no expuestos/as a ruidos. Uno de estos estudios reveló que los reclutas del ejército tienen un riesgo tres veces mayor de pérdida de audición en comparación con los controles no expuestos a ruidos. Otro estudio halló una pérdida de audición cuatro veces mayor entre trabajadores/as que estaban expuestos/as, pero protegidos/as, en

comparación con trabajadores/as no expuestos/as. En los cuatro estudios restantes, no hubo diferencias en la pérdida de la audición entre trabajadores/as protegidos/as y trabajadores/as no expuestos/as, pero todavía existe considerable incertidumbre acerca de la validez de este resultado. En cuatro estudios, la reducción del riesgo dependía de la calidad de los programas de prevención de la pérdida de audición.

Las pruebas sobre la efectividad de los programas de protección auditiva y de prevención de la pérdida de audición son contradictorias. Se necesitan programas de prevención de mayor calidad y una mejor implementación de la legislación.

**Tabla 4.2. Evidencias sobre el derecho a las acciones preventivas de salud pública:
Inmunización contra enfermedades infectocontagiosas**

4.2.1.	Jefferson Tom, Rivetti Alessandro, Harnden Anthony, Di Pietrantonj Carlo, Demicheli Vittorio. Vacunas para la prevención de la gripe en niños sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD004879
4.2.2.	Moberley SA, Holden J, Tatham DP, Andrews RM. Vacunas para prevenir la infección neumocócica en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD000422
4.2.3.	López García-Franco A, Cura González I. Actividades preventivas. Madrid: SMMFYC, 1997. López García-Franco A, Cura González I. Actividades preventivas. Madrid: SMMFYC, 1997. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=1710795&orden=64968
4.2.4.	Nguyen-Van-Tam JS, Neal KR. Clinical effectiveness, policies, and practices for influenza and pneumococcal vaccines. Semin Respir Infect 1999; 14: 184-195.
4.2.5.	Macartney Kristine, McIntyre Peter. Vacunas para la profilaxis posterior a la exposición contra la varicela en niños y adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD001833
4.2.6.	Conterno LO, Silva Filho CR, Rüggeberg JU, Heath PT. Vacunas conjugadas para la prevención de la meningitis y septicemia por meningococo C (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD001834
4.2.7.	Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Sistemas de recordatorios y de renovación de pacientes para mejorar las tasas de inmunización (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD003941
4.2.8.	Demicheli V, Jefferson T, Rivetti A, Price D. Vacunas para sarampión, parotiditis y rubéola en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD004407

4.2.1. Los/as niños/as y personas mayores son los dos grupos etarios que parecen tener la mayor cantidad de complicaciones después de una gripe. La gripe es de origen viral y a menudo resulta en una enfermedad respiratoria aguda que afecta las vías respiratorias inferiores o superiores, o ambas. Los virus son principalmente de dos subtipos (A o B) y se diseminan periódicamente durante los meses de otoño-invierno. Sin embargo, muchos otros virus también pueden causar enfermedad de las vías respiratorias.

La difusión y la gravedad de la enfermedad podrían ser muy diferentes durante diferentes epidemias. Los esfuerzos para contener la difusión epidémica dependen principalmente de la vacunación generalizada. La política reciente de varias instituciones internacionalmente reconocidas recomienda la inmunización de los niños y niñas sanas entre seis y 23 meses de vida (junto con sus contactos) como medida de salud pública.

Los revisores hallaron que **las vacunas en aerosol nasal elaboradas a partir de virus de gripe debilitados fueron mejores para prevenir la enfermedad causada por el virus de la gripe (82% de casos prevenidos) que las vacunas inyectables de virus muertos (59%) en niños a partir de los dos años.** Ningún tipo fue particularmente adecuado para prevenir la "enfermedad tipo gripe" causada por otros tipos de virus (33% y 36% respectivamente). En menores de dos años, la eficacia de la vacuna inactivada fue similar al placebo. No fue posible analizar la seguridad de las vacunas a partir de los estudios debido a la falta de estandarización en la información suministrada, aunque se encontró muy poca información sobre la seguridad de las vacunas inactivadas, las más comúnmente usadas en niños y niñas pequeñas.

4.2.2. El *Streptococcus pneumoniae* es responsable de la enfermedad y la muerte de personas adultas en todo el mundo, en general, por neumonía y menos frecuente por la enfermedad neumocócica invasiva (ENI). La vacunación (si se utiliza la vacuna polisacárida neumocócica [VPN]) en diferentes poblaciones puede reducir esta enfermedad y la muerte. Esta revisión encontró 15 ensayos controlados aleatorios (ECAs) y siete no ECAs (los resultados contribuyeron a la confirmación cultural de la ENI). Ambos, **los ECAs y los no ECAs facilitaron pruebas sólidas y consistentes de la efectividad de la VPN contra la ENI.**

Los ECAs facilitaron pruebas modestas para la eficacia protectora contra la neumonía de cualquier causa, pero no para las muertes por cualquier causa. En estos estudios, la vacunación no ofrece tanta protección en personas adultas con enfermedad crónica como lo hace en adultos y adultas sanas.

4.2.3. El impacto anual en morbi-mortalidad de la gripe es enorme. La vacunación anual es una medida recomendada para personas de alto riesgo de desarrollar complicaciones de la gripe, entre ellos las personas de más de 65 años y personas de menor edad con ciertas enfermedades crónicas. Se trata de una intervención efectiva para la prevención de la gripe y de sus complicaciones, especialmente la exacerbación de enfermedades preexistentes, y neumonías. **En personas en buen estado de salud, se ha estimado que la vacuna puede tener una efectividad del 65-85%. En personas con enfermedades crónicas o mayores de 65 años su efectividad puede ser del 30-40%. Lo más importante, no obstante, es que**

puede evitar la mayor parte de las complicaciones más graves: el 45-60% de las hospitalizaciones y el 80% de las muertes.

4.2.4. Existen evidencias de que **las vacunas de la gripe, difteria, neumococo y tétanos ofrecen una buena protección en las personas consideradas de alto riesgo de contraer estas enfermedades.** Sin embargo, la mayoría de los países todavía no ha podido conseguir el máximo potencial alcanzable de estas intervenciones, principalmente debido a una pobre organización.

4.2.5. Esta revisión evaluó la utilidad de la vacuna contra la varicela para prevenir la misma cuando se administró a menores o personas adultas que nunca se habían inmunizado o que tuvieron varicela anteriormente, pero que recibieron la vacuna dentro de un período de tiempo corto después de la exposición a una persona con varicela. La varicela es una infección viral muy contagiosa caracterizada por una erupción cutánea generalizada con pústulas, fiebre y malestar general.

Aunque muchos casos de varicela son leves, ocurren complicaciones como la infección bacteriana secundaria, complicaciones neurológicas y otros problemas en al menos el 1% de los casos, que habitualmente dan lugar a la hospitalización. El virus que causa la varicela también permanece latente en las raíces nerviosas sensoriales después de la infección y se puede reactivar en etapas posteriores de la vida como una erupción cutánea con ampollas dolorosas conocida como herpes zóster o culebrilla.

Es posible prevenir la varicela mediante la vacuna de virus vivos atenuados contra la varicela; sin embargo, muchos países todavía no financian programas habituales de vacunación basados en la población y la exposición a la varicela aún es frecuente.

La pregunta de cómo prevenir la varicela que se presenta en un adulto o en un niño que estuvo en contacto con una persona con la enfermedad dio lugar a ensayos de vacunas contra la varicela en este ámbito. **Esta revisión encontró que tres ensayos separados apoyan la administración de la vacuna contra la varicela en niños, en particular si se la aplica dentro de los tres días del contacto con un caso de varicela. Aunque en algunos casos todavía puede ocurrir la varicela leve, es probable que la vacuna pueda prevenir los casos moderados a graves de varicela.** El número de participantes en estos tres ensayos fue escaso y es una limitación de esta revisión. No hubo ensayos de este tipo realizados en personas adultas y ninguno de los ensayos informó eventos adversos después de la inmunización, como fiebre o síntomas en el sitio de inyección.

4.2.6. Las vacunas tradicionales contra polisacáridos meningocócicos (MPLS) protegen contra la Enfermedad del serogrupo C o Enfermedad Meningocócica por serogrupo C (causada por

la *Neisseria meningitidis*), pero no producen una respuesta inmunitaria en lactantes de menos de dos años de edad.

Esta limitación se puede superar ligando el polisacárido C con las proteínas transportadoras para crear vacunas conjugadas contra el meningococo del serogrupo C (MCC). Esta revisión investiga las vacunas MCC para proteger a niños pequeños contra la Enfermedad del serogrupo C. **Los ensayos hallaron que la MCC induce una respuesta inmunitaria para el serogrupo C en todos los grupos etarios, pero en especial en el caso de niños más pequeños que reciben una respuesta inmunitaria mayor que la de la vacuna MPLS tradicional. La vacuna parece ser inocua.** No se pudo evaluar la eficacia clínica de MCC a partir de ensayos clínicos controlados aleatorios (no había ninguno). Sin embargo, las pruebas más débiles de los estudios observacionales mostraron una disminución de la enfermedad por meningococo C y del estado de portador de meningococo C en países donde las vacunas se utilizaron ampliamente.

4.2.7. ¿Aumenta el número de personas que reciben vacunaciones el hecho de recordarles que se vacunen?

El aumento del número de personas que se vacunan podría disminuir las tasas de muerte y enfermedad en todo el mundo. Se han utilizado muchas estrategias para aumentar las tasas de vacunaciones. Un modo es recordarles a las personas que se vacunen. Esta revisión de 43 estudios evaluó si recordarle a la gente que se vacune es un método efectivo.

Esta revisión halló que recordarles a las personas que se vacunen aumentó el número de personas vacunadas, ya sea porque las vacunas estuvieran por vencer o ya hubieran vencido. El aumento se observó tanto en niños y niñas como en personas adultas para todos los tipos de vacunas. Los recordatorios por teléfono, el envío de una carta o tarjeta postal o el contacto personal aumentaron las tasas de vacunaciones. Proporcionar recordatorios múltiples y recordarles a las personas por teléfono fueron los métodos más efectivos, pero los recordatorios por teléfono fueron costosos. Los recordatorios también funcionaron independientemente de si trataba del consultorio de un médico privado, un centro médico o una clínica del departamento de salud pública. Los estudios de esta revisión se realizaron en países desarrollados y, por consiguiente, no queda claro si los recordatorios a los pacientes funcionarían en países de ingresos bajos a medios.

4.2.8. Uso de la vacuna combinada para la protección de los niños y niñas contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

El sarampión, la parotiditis y la rubéola son tres enfermedades infecciosas muy peligrosas que causan enfermedad grave, discapacidad y carga mortal en países en desarrollo. Los investigadores del Cochrane Vaccines Field revisaron 139 estudios realizados para evaluar los efectos de la vacuna combinada de virus vivos atenuados para prevenir el sarampión, la

parotiditis y la rubéola (SPR) en los niños y niñas. **La SPR protege a los niños y niñas contra las infecciones de las vías respiratorias superiores pero muy rara vez puede causar una modalidad benigna de hemorragia debajo de la piel y formas más leves de sarampión, parotiditis y rubéola.** No se hallaron pruebas creíbles acerca de una relación entre la SPR con el autismo o la enfermedad de Crohn. No se hallaron estudios sobre la efectividad de la vacuna pero el impacto de la inmunización masiva sobre la eliminación de las enfermedades ha sido demostrado en todo el mundo.

**Tabla 4.3. Evidencias sobre el derecho a las acciones preventivas de salud pública:
Rechazar acciones preventivas propuestas, si no se daña a terceros.**

- 4.3.1. Annette M. O'Connor, Carol L Bennett, Dawn Stacey, Michael Barry, Nananda F Col, Karen B Eden, Vikki A Entwistle, Valerie Fiset, Margaret Holmes-Rovner, Sara Khangura, Hilary Llewellyn-Thomas, David Rovner. Ayudas para personas que deben decidir sobre tratamientos o sobre la participación en pruebas de detección (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:
<http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C001431>

4.3.1. Ayudas para personas que deben decidir sobre tratamientos o sobre la participación en pruebas de detección

Puede ser difícil tomar una decisión sobre la mejor opción en el cuidado de la salud. Puede ayudar la obtención de información sobre las opciones y los beneficios y daños posibles en forma de ayudas en la decisión. Las ayudas en la decisión, tales como panfletos y vídeos, que describen las opciones, son diseñadas para ayudar a las personas a conocer las opciones, considerar la importancia personal de los posibles beneficios y daños y participar en la toma de decisiones. Se usan cuando hay más de una opción razonable desde el punto de vista clínico, cuando ninguna opción tiene una ventaja clara en cuanto a sus resultados sobre la salud y cada una posee beneficios y daños que las personas valoran de forma diferente. La revisión actualizada de los ensayos encontró que **las ayudas en la decisión mejoran el conocimiento sobre las opciones de las personas, crean expectativas realistas de sus beneficios y daños, reducen la dificultad para la toma de decisiones y aumentan la participación en el proceso.** Las ayudas pueden tener una función en la prevención del uso de opciones que los pacientes informados no valoran, sin perjudicar los resultados sobre la salud. No parecen tener un efecto sobre la satisfacción con la toma de decisiones o sobre la ansiedad.

5. DERECHO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A ACTUACIONES ESPECÍFICAS ADAPTADAS A SUS NECESIDADES

Tabla 5.1. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas mayores.

5.1.1.	Montgomery P, Mayo-Wilson E, Dennis J. Asistencia personal para adultos mayores de 65 años sin demencia (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD006855
5.1.2.	Chiung-ju Liu, Nancy K Latham. Entrenamiento de fuerza con resistencia progresiva para mejorar la función física en adultos mayores (Revision Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2009 Issue 3 Art no. CD002759. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD002759
5.1.3.	Angevaren Maaik, Aufdemkampe Geert, Verhaar HJJ, Aleman A, Vanhees Luc. Actividad física y optimización del estado físico para mejorar la función cognitiva en personas mayores sin deterioro cognitivo comprobado (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD005381
5.1.4.	Anne Forster, Ruth Lambley, Jo Hardy, John Young, Jane Smith, John Green, Eileen Burns. Rehabilitación para personas de edad avanzada en la atención a largo plazo (Revision Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2009 Issue 1 Art no. CD004294. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD004294
5.1.5.	Wilson KCM, Mottram PG, Vassilas CA Tratamientos psicoterapéuticos para personas mayores con depresión (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD004853

5.1.1. La asistencia personal es el apoyo remunerado de al menos 20 horas por semana para personas con deficiencias. Esta revisión investigó la efectividad de la asistencia personal versus otra forma de atención para personas mayores de 65 años. Una búsqueda bibliográfica exhaustiva identificó cuatro estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, y que incluyeron 1 642 participantes. Estos estudios indicaron que la asistencia personal puede ser preferible a otros servicios; sin embargo, algunas personas prefieren otros modelos de atención. Esta revisión indica que **la asistencia personal probablemente tenga algunos beneficios para algunos receptores y sus cuidadores y cuidadoras informales**. La asistencia remunerada puede sustituir a la atención informal y ocasionarle costes al gobierno

mayores que los procedimientos alternativos; sin embargo, se desconocen los costes totales relativos para los usuarios y usuarias y la sociedad.

5.1.2. En general, las personas pierden fuerza muscular a medida que envejecen. Esta disminución de la fuerza muscular, y la debilidad asociada a ella, hace que las personas de edad avanzada tengan más probabilidades de sufrir caídas y tener dificultades para desarrollar sus actividades cotidianas. El entrenamiento de resistencia progresiva (ERP) es un ejercicio mediante el cual los participantes ejercitan sus músculos con algún tipo de resistencia que se incrementa progresivamente a medida que mejora la fuerza. El ejercicio generalmente se realiza de dos a tres veces por semana, a una intensidad de moderada a alta, mediante máquinas de ejercicios, pesas libres o bandas elásticas. Esta revisión se propone examinar si el ERP puede ayudar a mejorar la función física y la fuerza muscular en personas de edad avanzada.

Las pruebas de 121 ensayos controlados aleatorios (6700 participantes) indican que **las personas mayores que ejercitan los músculos con una pesa o resistencia se vuelven más fuertes. También mejoran su desempeño en actividades sencillas como caminar, subir escalones o levantarse del asiento más rápidamente. En general, se registra una mejoría mayor en las actividades como levantarse del asiento o subir escalones que en la velocidad de la marcha. Además, estos ejercicios de entrenamiento de fuerza también mejoraron las capacidades físicas de las personas de edad avanzada, incluidas las actividades cotidianas más complejas como bañarse o preparar una comida. El ERP también disminuyó el dolor en las personas con osteoartritis.** No se hallaron pruebas suficientes para formular observaciones sobre los riesgos del ERP o los efectos a largo plazo.

5.1.3. La actividad física es beneficiosa para un envejecimiento saludable. También puede ayudar a mantener una buena función cognitiva en personas de mayor edad. La actividad aeróbica mejora el estado cardiovascular, pero se desconoce si ésta es necesaria para una mejor función cognitiva.

En esta revisión, se incluyeron 11 estudios de programas de actividad física aeróbica para personas sanas mayores de 55 años. Ocho de estos 11 estudios informaron que las intervenciones de ejercicios produjeron un mayor estado físico en el grupo de entrenamiento y una mejoría en al menos un aspecto de la función cognitiva. Los efectos más importantes se observaron en la velocidad cognitiva y en la atención auditiva y visual. Sin embargo, las funciones cognitivas que mejoraron no eran las mismas en todos los estudios y la mayoría de las comparaciones no produjeron resultados significativos. **Los datos son insuficientes para indicar que las mejorías en la función cognitiva que pueden atribuirse al ejercicio físico se deben a mejorías en el estado cardiovascular.**

5.1.4. Los tratamientos con rehabilitación pueden ser eficaces para mejorar el estado físico de personas mayores que reciben atención por tiempo indeterminado. En 1997, el número de personas mayores de 65 años constituía el 6,6% de la población mundial y se predice que aumentará al 10% para el año 2025. Se espera que esta realidad provoque un ascenso en la demanda de la atención residencial a largo plazo. Por lo tanto, existe una demanda de formas de prevenir cualquier deterioro en la salud de los residentes y de aumentar su independencia en la actividades cotidianas, por ejemplo caminar y vestirse. La rehabilitación física (intervenciones basadas en el ejercicio corporal) puede cumplir una función y esta revisión examina las pruebas disponibles. En esta revisión se incluyen 49 ensayos, 30 de los cuales se realizaron en los EE.UU. En total, se incluyeron 3 611 participantes con una edad promedio de 82 años, más de dos tercios de los mismos eran mujeres. La mayoría de las intervenciones de alguna manera trataron la discapacidad en la vida cotidiana, por ejemplo caminar, comer y vestirse. Las medidas de resultado de los ensayos abordados mediante esta revisión son la discapacidad en la vida cotidiana, la fuerza, la flexibilidad, el equilibrio, la condición física general, el estado de ánimo, el estado cognitivo, el abandono de los participantes, la asistencia a las sesiones, la muerte, enfermedades y los efectos no deseados asociados con la intervención como las lesiones. Debido a la amplia variedad de medidas de resultado usadas, los estudios no pudieron ser resumidos estadísticamente, por lo tanto, se proporciona una revisión narrativa. Si bien las variaciones entre los ensayos imposibilitan la realización de recomendaciones específicas, **los ensayos fueron abrumadoramente exitosos y demostraron que muchos tipos diferentes de rehabilitación física facilitan beneficios a la salud física** con pocos informes de eventos no deseados en relación con la intervención.

5.1.5. La depresión es un problema frecuente que enfrentan las personas mayores y a menudo se asocia con la soledad, las enfermedades físicas y el dolor. La afección puede durar algunos años y causa considerable dificultad y enfermedad. Una mayoría significativa de las personas mayores deprimidas no recibe tratamiento debido a la dificultad en el reconocimiento de la afección. No sólo puede presentarse como un estado de ánimo bajo sino que también puede presentar problemas físicos, que incluyen trastornos del sueño, pérdida del apetito, pérdida del interés, ansiedad y falta de energía. Se reconoce a la psicoterapia como un tratamiento para la depresión leve. En esta revisión, se incluyeron siete ensayos pequeños, que reclutaron a un total de 153 participantes y que examinaron los tratamientos psicoterapéuticos para personas mayores con depresión. Cinco ensayos compararon una forma de terapia cognitivo conductual (TCC) con las condiciones del control y los hallazgos indicaron que la TCC fue más eficaz que el control. Dos ensayos individuales compararon la TCC con la terapia psicodinámica, sin diferencias significativas en la efectividad indicada entre los dos enfoques. Esta revisión indica que **hay relativamente poca investigación en esta área y se deben generalizar las pruebas existentes a las poblaciones clínicas con cautela.**

Tabla 5.2. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas menores.

5.2.1.	Hiltje Oude Luttikhuis, Louise Baur, Hanneke Jansen, Vanessa A Shrewsbury, Claire O'Malley, Ronald P Stolk, Carolyn D Summerbell. Intervenciones para tratar la obesidad infantil (Revision Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121921&DocumentID=CD001872
5.2.2.	Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim L. Ejercicios para mejorar la autoestima en niños y personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0003683

5.2.1. La obesidad en la niñez afecta la salud física y psicosocial de los/as niños/as y puede ponerlos en riesgo de problemas de salud cuando sean adultos/as. Se necesita más información acerca de la mejor manera de tratar la obesidad en los/as niños/as y adolescentes. En esta revisión, se evaluaron 64 estudios, incluidos 54 estudios sobre los tratamientos del estilo de vida (con un énfasis en la dieta, la actividad física o el cambio conductual) y diez estudios sobre el tratamiento farmacológico para ayudar a los/as niños/as con sobrepeso y obesidad y a sus familias a controlar su peso. Ningún estudio de tratamiento quirúrgico fue adecuado para ser incluido en esta revisión. Esta revisión mostró que **los programas del estilo de vida pueden reducir el nivel de sobrepeso en niños/as y adolescentes con obesidad a los seis y 12 meses posteriores al inicio del programa. En adolescentes con obesidad moderada a grave, se encontró una reducción del sobrepeso cuando se administró el fármaco orlistat o sibutramina además del programa del estilo de vida, aunque también se observó una variedad de efectos adversos.** La información sobre el resultado a largo plazo del tratamiento de la obesidad en los/as niños/as y adolescentes fue limitada y debe ser analizada en algunos estudios de buena calidad.

5.2.2. Algunas pruebas de que el ejercicio tiene efectos positivos a corto plazo sobre la autoestima en niños y niñas y jóvenes

Mejorar la autoestima puede ayudar a prevenir el desarrollo de problemas psicológicos y conductuales que son frecuentes en niños y niñas y adolescentes. Existen pruebas sólidas para mostrar los beneficios del ejercicio en la salud física, pero las pruebas para mostrar los efectos del ejercicio sobre la salud mental son escasas. Esta revisión de ensayos sugiere que **el ejercicio tiene efectos positivos a corto plazo sobre la autoestima en niños y niñas y jóvenes y concluye que el ejercicio puede ser una medida importante para mejorar la autoestima en niños.** Sin embargo, los revisores observan que los ensayos incluidos en la

revisión fueron de pequeña escala y reconocen la necesidad de investigaciones adicionales bien diseñadas en esta área.

Tabla 5.3. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas con enfermedades crónicas y discapacidades

4.3.2.	Sarría Santamera, A.; Yáñez Cadena, D. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas AETS - Instituto de Salud Carlos III, 2003. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=AEE000036
4.3.3.	de Sancho Martín JL, Sarria Santamera A, Yáñez Cadena D, Hernández Torres A, Ovalle Perandones MA, Perianes Rodríguez A. Revisión de intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo 2003. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=GCS20-28
4.3.4.	Ian Smith, Vidya Nadig, Toby J Lasserson. Intervenciones educativas, de apoyo y conductuales para mejorar el uso de aparatos de presión positiva continua de las vías respiratorias en adultos con apnea obstructiva del sueño (Revision Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD007736
4.3.5.	Christopher Eccleston, Amanda C de C Williams, Stephen Morley. Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico (excluida la cefalea) en adultos (Revision Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD007407

5.3.1. Las enfermedades crónicas representan uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios. Nuestros sistemas sanitarios surgen y se han desarrollado para dar respuestas a las enfermedades y problemas de salud agudos, pero las enfermedades crónicas tienen una serie de características que necesitan un nuevo modelo de sistema de salud. Aunque existe evidencia que demuestra que es posible ofrecer alternativas a las enfermedades crónicas, se desconoce cómo aplicar en la práctica habitual el conocimiento existente para que los pacientes realmente se beneficien de las soluciones terapéuticas existentes.

El objetivo principal de este informe es investigar la efectividad de las diferentes estrategias destinadas a mejorar la calidad y resultados de las intervenciones que se llevan a cabo para el manejo de cuatro enfermedades crónicas: asma, diabetes, hipertensión e insuficiencia cardíaca.

Se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos Medline (entre 1998 y agosto de 2003) para identificar aquellos que cumpliesen los siguientes criterios: ensayos clínicos que evalúen la efectividad de una o más estrategias puestas en marcha para mejorar la calidad o resultados

de una de las cuatro enfermedades (asma, diabetes, hipertensión, insuficiencia cardiaca). Las intervenciones se clasificaron de acuerdo a un modelo conceptual previamente definido en seis categorías: cambios organizativos, participación comunitaria, sistemas de información, diseño de la práctica clínica, apoyo a la toma de decisiones y autocontrol. Se consideraron los siguientes resultados: utilización de servicios de salud (urgencias, hospitalizaciones, atención primaria), manejo clínico de los enfermos (mejoras cualitativas o cuantitativas necesarias para el control de estos enfermos), resultados clínicos (gravedad, sintomatología, parámetros de control), calidad de vida (genérica o específica), satisfacción o indicadores de capacidad de autocontrol. La información fue resumida y evaluada de forma independiente por dos personas.

Se identificaron 37 estudios que incluían 38 intervenciones para su inclusión en esta revisión. Su principal limitación está relacionada con la calidad y cantidad de los trabajos evaluados. La patología con más intervenciones incluidas fue la diabetes. Las intervenciones que más frecuentemente aparecen son las que investigan los efectos de intervenciones de diseño asistencial, seguidas de las que analizan el efecto de sistemas de información y apoyo a la toma de decisiones. El número más frecuente de estrategias en un estudio es dos. Los resultados que aparecen con más frecuencia son los indicadores de manejo de las enfermedades, visitas a atención primaria y resultados clínicos. Los indicadores de control son los que más frecuentemente mostraron resultados positivos, seguidos por los indicadores de autocontrol. En relación al manejo clínico, las estrategias que obtuvieron mejores resultados son las de diseño asistencial y cambio organizativo. Las intervenciones más complejas en número de intervenciones mostraron una mayor probabilidad de tener efectos positivos en manejo y en resultados clínicos. La mayor parte de las intervenciones que pretendían mejorar la utilización de servicios no tuvieron éxito. Aunque los resultados percibidos fueron los menos frecuentemente evaluados, muchas veces ofrecían resultados favorables.

Las intervenciones que alcanzan buenos resultados en manejo y en autocontrol también consiguen buenos resultados clínicos. Las estrategias de organización obtienen resultados favorables en utilización de servicios (hospitalizaciones y atención primaria). Todas las estrategias consideradas consiguen mejoras en el manejo de los enfermos crónicos, pero para conseguir buenos resultados es necesaria una combinación de al menos dos estrategias. El diseño de la práctica clínica parece esencial para obtener buenos resultados clínicos, pero necesita una combinación de otras dos estrategias. Reunir en una misma intervención estrategias de autocontrol con sistemas de información o diseño ofrece resultados positivos en autocontrol. Para mejorar la calidad y efectividad en las enfermedades crónicas, las intervenciones deben combinar, al menos, estrategias organizativas, de diseño asistencial y autocontrol. Para conseguir buenos resultados clínicos es necesario conseguir buen manejo y autocontrol. Para mejorar la calidad asistencial y la efectividad en las enfermedades crónicas es preciso adoptar una visión sistémica, que incluya un sistema sanitario proactivo y pacientes protagonistas activos del manejo de su enfermedad.

5.3.2. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en Medline (1998-2003) para identificar ensayos clínicos que evaluaran la efectividad de estrategias para mejorar la calidad o resultados de una de las siguientes cuatro enfermedades: asma, diabetes, hipertensión e insuficiencia cardiaca. Las intervenciones se clasificaron en seis diferentes categorías: cambios organizativos, participación comunitaria, sistemas de información, diseño de la práctica clínica, apoyo a la toma de decisiones y autocontrol. Las principales medidas de resultados fueron: utilización de servicios (urgencias, hospitalizaciones y atención primaria), manejo clínico de los enfermos (gravedad, sintomatología, parámetros de control), resultados clínicos, calidad de vida, satisfacción e indicadores de capacidad de autocontrol.

Se identificaron 37 estudios que incluyeron 38 intervenciones, la mayoría de las cuales sobre población estadounidense (38%). La patología con más intervenciones incluidas fue la diabetes (55%), seguida del asma (33%). Las intervenciones más frecuentes según la estrategia analizada fueron: las que analizaban el efecto de sistemas de información (30%) y el apoyo a la toma de decisiones (27%) y las que investigaban los efectos de diseño asistencial (22%). Los indicadores de resultado más utilizados fueron los indicadores para el manejo clínico de las patologías (31%), visitas a atención primaria (18%) y resultados clínicos (18%). En relación al manejo clínico, las estrategias que obtuvieron mejores resultados fueron las de diseño asistencial y cambio organizativo. Finalmente, la mayoría de intervenciones para mejorar la utilización de servicios no fueron efectivas.

Algunas intervenciones, sobre todo aquellas que incluyen estrategias de organización, de diseño de los sistemas de prestación de servicios o para potenciar los autocuidados por parte de los pacientes, mejoran el manejo de los enfermos y los resultados clínicos, así como la capacidad de desarrollar un papel más activo en el manejo de la enfermedad por parte de los y las pacientes.

5.3.3. La presión positiva continua de las vías respiratorias (PPCVR) es un tratamiento efectivo para la apnea obstructiva del sueño (AOS) en la mayoría de las personas. A pesar de su eficacia en la mejoría de los síntomas debidos a la AOS, el uso de la PPCVR se ha informado en el 65% al 80%. Esta revisión evalúa críticamente los estudios que incluyen intervenciones educativas, conductuales y de apoyo con el objetivo de mejorar el uso de la PPCVR. Después de revisar la literatura, **se encontraron algunas pruebas de que las intervenciones educativas y la terapia cognitiva conductual aumentan el uso de la PPCVR.** La educación de corta duración no tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre el uso de la PPCVR.

5.3.4. Terapia psicológica para personas adultas con dolor y discapacidad que le han producido molestias por largo tiempo

Muchas personas tienen dolor que dura durante mucho tiempo, y dolor que no se alivia o cura con la fisioterapia o los fármacos. La búsqueda de un diagnóstico y del alivio del dolor es a menudo larga, desalentadora y aun dañina. En algunas personas el dolor produce discapacidad física, cambios del estado de ánimo como depresión y ansiedad y aislamiento social. Estos trastornos no son inevitables y se piensa que son reversibles, al menos hasta cierto punto, mediante un enfoque de rehabilitación dirigido a reducir la discapacidad y las molestias a pesar de que persista el dolor. Los tratamientos se basan en principios y en prácticas psicológicas consistentes y han estado en uso y en desarrollo por cerca de 40 años.

La búsqueda encontró 52 ensayos de tratamientos, pero sólo 40 proporcionaron datos en una forma que podían usarse. Los dos tipos principales de tratamiento psicológico fueron la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia conductual (TC). Ambas se dirigen a tratar de ayudar a las personas a que cambien el comportamiento que empeora el dolor, la discapacidad y las molestias. La TCC también trabaja directamente sobre los pensamientos y los sentimientos, que son un problema para las personas con dolor persistente. Los efectos de estos dos tratamientos sobre el dolor, la discapacidad y el estado de ánimo se probaron inmediatamente después del tratamiento y seis meses después.

Las terapias psicológicas pueden ayudar a las personas con dolor crónico a mejorar el estado de ánimo negativo (depresión y ansiedad), la discapacidad y en algunos casos el dolor, pero todavía se requiere orientación sobre cuál es el mejor contenido, duración, intensidad y formato del tratamiento.

Tabla 5.4. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas con enfermedad mental.

5.4.1.	Tungpunkom P, Nicol M. Programas de habilidades para la vida para las enfermedades mentales crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD000381
5.4.2.	Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD000270
5.4.3.	Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Residencias de apoyo para las personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD000453
5.4.4.	Sasha Shepperd, Helen Doll, Simon Gowers, Anthony James, Mina Fazel, Ray Fitzpatrick, Jon Pollock. Alternativas de tratamiento para niños y jóvenes hospitalizados con enfermedades mentales (Revisión Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD006410
5.4.5.	Kisely S, Campbell LA, Preston N. Tratamiento obligatorio en la comunidad y tratamiento ambulatorio no voluntario para personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD004408

5.4.1. Las personas con enfermedades mentales crónicas a menudo experimentan un patrón cíclico, caracterizado por más de una recaída en su vida. Este patrón puede afectar su capacidad de cuidar sí mismos y de funcionar normalmente. Los programas de habilidades para la vida son una intervención diseñada a ayudar durante el proceso de rehabilitación, mejorando la capacidad de las personas con enfermedades mentales crónicas de vivir de forma independiente. Los elementos de los programas de habilidades para la vida incluyen entrenamiento en el manejo de dinero, organización y manejo de un hogar, habilidades para el hogar y autocuidado personal, y habilidades interpersonales relacionadas. El objetivo de las aptitudes para la vida es mejorar el funcionamiento independiente para que las personas puedan permanecer en la comunidad durante períodos más largos y alcanzar una mejor calidad de vida.

Se evaluó la efectividad de los programas de habilidades para la vida comparados con otras terapias equivalentes o atención estándar/habitual para las personas con trastornos psiquiátricos crónicos. Se incluyeron cuatro ensayos aleatorios.

Los datos de resultado fueron escasos, y la mayoría de los estudios eran demasiado pequeños para detectar adecuadamente posibles beneficios de los programas de habilidades para la vida. Actualmente **no existen pruebas de ensayos aleatorios que sugieran que los programas de aptitudes para la vida mejoran el bienestar de las personas con esquizofrenia/enfermedades mentales crónicas, ni que son ineficaces.** Se necesitan ensayos más amplios para determinar si los programas de aptitudes para la vida son beneficiosos para las personas con enfermedades mentales crónicas.

5.4.2. Desde los años cincuenta, ha habido una tendencia a cerrar las instituciones de atención para las personas con enfermedades mentales. Además, la política de gobierno ha procurado reducir el número de camas de hospital disponibles a favor de la atención proporcionada en la comunidad para permitir que las personas vivan vidas más independientes. El objetivo de los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) es alcanzar un paquete de atención especializada a las personas en la comunidad. Se examinaron las pruebas disponibles sobre los ECSM en comparación con la atención comunitaria estándar sin estos equipos. **Se encontraron sólo tres ensayos que indicaron algún beneficio en cuanto a la aceptabilidad del tratamiento pero, en total, las pruebas para los ECSM son inadecuadas y se necesitan ensayos adicionales para determinar su efectividad.**

5.4.3. Residencias de apoyo para las personas con trastornos mentales graves

Puede proporcionarse apoyo a las personas con enfermedades mentales graves a través de programas de residencia de apoyo para aumentar las tasas de éxito de tratamiento y reducir los ciclos de reingresos en los hospitales. Muchas de estas iniciativas se basan en reportes informales sobre efectividad y son costosos en cuanto al desarrollo, la inversión de capital y provisión de atención continua. En esta revisión, se intentó comparar los programas de residencia de apoyo con esquemas de apoyo de extensión o "atención estándar" para personas con trastornos mentales graves que viven en la comunidad. No se identificó ningún estudio a partir de los ensayos aleatorios en esta revisión. **Existen diversos tipos de residencias de apoyo subvencionadas por autoridades locales e instituciones de caridad, que pueden resultar beneficiosas, pero al mismo tiempo aumentar los niveles de dependencia de los profesionales y la exclusión de la comunidad.** Existe la necesidad urgente de evaluar la efectividad de estos programas con ensayos controlados aleatorios bien realizados.

5.4.4. Servicios asistenciales en lugar del ingreso al hospital para jóvenes o niños y niñas con problemas mentales

Muchos países hacen hincapié en la prestación de los servicios de salud mental en un ámbito con restricción mínima, aunque reconocen que algunos niños y niñas necesitan ser ingresados

al hospital. Como resultado hay diversos servicios de salud mental para tratar a jóvenes con problemas mentales graves, en ámbitos comunitarios o ambulatorios, que están en riesgo de ser ingresados al hospital.

Esta revisión encontró siete estudios que evaluaron si estos servicios ayudaron a los niños y niñas y jóvenes con problemas mentales. Esta revisión no encontró estudios acerca del tratamiento intensivo diurno (en los que los niños y niñas asisten a programas de tratamiento durante el día durante un período corto), el tratamiento intensivo de los casos (servicios y apoyo para los niños y niñas coordinados por profesionales de la asistencia sanitaria), atención terapéutica familiar (los niños y niñas viven con padres adoptivos especialmente adiestrados) o la atención residencial con atención hospitalaria (los niños y niñas viven en una residencia, que no es un hospital, que proporciona servicios asistenciales de salud mental).

Los estudios evaluaron cuatro tipos diferentes de servicios. En el tratamiento multisistémico (TMS) en el domicilio, los terapeutas proporcionaron el tratamiento al/la niño/a y la familia juntos, en su hogar. **Algunos comportamientos de los niños y niñas mejoraron con el TMS.** También pasaron menos días fuera de la escuela y en el hospital. **El tratamiento intensivo domiciliario** proporciona a los niños y niñas el tratamiento en su hogar, para resolver los problemas de la forma de interactuar con otras personas en el hogar y para mejorar sus síntomas psicológicos. **Los niños y niñas que recibieron este tipo de servicio no mejoraron más que los niños y niñas que no lo recibieron. La intervención intensiva domiciliaria durante las crisis** (modelo de Homebuilders para intervención en las crisis) se orienta a que el niño o niña y la familia aprendan aptitudes relacionadas con la construcción de relaciones, el cambio del marco de referencia de los problemas, el tratamiento de la ira, la comunicación y el tratamiento cognitivo conductual. **Los niños y niñas con este servicio tuvieron mejorías pequeñas. Los servicios especializados de pacientes ambulatorios** se proporcionan por diversos profesionales de la asistencia sanitaria en los consultorios. **Los niños y niñas que recibieron este servicio no mejoraron más que los niños y niñas que no los recibieron.**

La calidad de algunos de los estudios no fue alta y la mayoría no tenían suficientes personas para evaluar el efecto real de los servicios. Las pruebas obtenidas proporcionan muy poca orientación para el desarrollo de estos tipos de servicios.

5.4.5. Las pruebas encontradas en esta revisión sugiere que el tratamiento obligatorio en la comunidad puede no constituir una alternativa eficaz de la atención estándar.

Se examinó la efectividad del tratamiento obligatorio en la comunidad para las personas con enfermedad mental grave mediante una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos controlados aleatorios pertinentes. Sólo se encontraron 2 ensayos relevantes y éstos aportaron escasas pruebas sobre la eficacia para cualquiera de los resultados, tales como el uso de los servicios de salud, el funcionamiento social, el estado mental, la calidad de vida o la

satisfacción con la atención. No hubo datos disponibles acerca del coste, y la presentación poco clara de la información impidió evaluar el efecto sobre el estado mental y la mayoría de los aspectos de la satisfacción con la atención. En cuanto a los números necesarios a tratar, se requerirían 85 órdenes de compromiso de pacientes ambulatorios para prevenir un reingreso al hospital, 27 para prevenir un caso de carencia de hogar y 238 para prevenir una detención.

Tabla 5.5. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas en riesgo de exclusión social.

5.5.1.	Evelyn King, Mary De Silva, Alan Stein, Vikram Patel. Intervenciones para mejorar el bienestar psicosocial de niños afectados por VIH/SIDA. (Revisión Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2009 Issue 2 Art no. CD006733. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD006733
5.5.2.	Woolfenden SR, Williams K, Peat J. Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres en niños y adolescentes con trastorno de conducta y delincuencia con edades entre 10 y 17 años (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0003015

5.5.1. Muchos niños y niñas han perdido a uno de los padres o tienen a uno de sus padres con VIH/SIDA. Estos menores experimentan mayores desafíos psicológicos y sociales que otros niños y niñas de su edad. Si bien existen diversos programas e intervenciones que tratan de mejorar el bienestar psicosocial de estos niños y niñas, no se hallaron estudios que evaluaran rigurosamente la efectividad de tales intervenciones. La práctica actual se basa en el conocimiento anecdótico, los estudios descriptivos y los análisis de situaciones. Tales estudios **no proporcionan una base de evidencia sólida para la efectividad de estas intervenciones.**

5.5.2. Los trastornos de conducta y la delincuencia son problemas significativos para niños y niñas y adolescentes y para sus familias, y tienen el potencial de consumir mucho de los recursos de los sistemas de salud, de atención social y de justicia juvenil. Se han recomendado varias intervenciones dirigidas a la familia y a los padres, las cuales se utilizan para estas condiciones. El objetivo de esta revisión era determinar si estas intervenciones son efectivas para el manejo de los trastornos de conducta y la delincuencia en niños y niñas y adolescentes con edades entre 10 y 17 años.

La evidencia actual sugiere que las intervenciones dirigidas a la familia y a los padres de delinquentes juveniles tienen efectos benéficos al reducir el tiempo de permanencia en

instituciones. Esto tiene un obvio beneficio para el participante y su familia y puede producir un ahorro de costos para la sociedad. Estas intervenciones también pueden reducir las tasas de arrestos posteriores, pero en el momento, estos resultados deben interpretarse con cautela, dada la diversidad en los resultados de los estudios.

Tabla 5.6. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas con prácticas de riesgo.

5.6.1.	Johnson Wayne D, Diaz Rafael M., Flanders William D, Goodman Michael, Hill Andrew N, Holtgrave David, Malow Robert, McClellan William M. Intervenciones conductuales para reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD001230
5.6.2.	Jean Ramsay, Yvonne Carter, Leslie Davidson, Danielle Dunne, Sandra Eldridge, Gene Feder, Kelsey Hegarty, Carol Rivas, Angela Taft, Alison Warburton. Intervenciones de defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja (Revisión Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0005043
5.6.3.	Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0000165
5.6.4.	Terplan M, Lui S. Intervenciones psicosociales para embarazadas que participan en programas ambulatorios de tratamiento por consumo de drogas ilegales en comparación con otras intervenciones (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0006037

5.6.1. Las intervenciones para reducir el número de relaciones sexuales sin protección incluyen el **asesoramiento psicológico individual, el apoyo social y conductual** (como la educación entre pares, reafirmación y apoyo en las relaciones, debates de actitudes y creencias, vídeos). Las intervenciones de grupos pequeños y en comunidades incluyen asesoramiento o talleres grupales, intervenciones en áreas de la comunidad, adiestramiento de los líderes de la comunidad y actividades de reforzamiento del poder de decisión en las comunidades. La revisión encontró que estas intervenciones conductuales **pueden dar lugar a una reducción significativa del riesgo de los HSH.**

Se necesitan investigaciones continuas para identificar qué estrategias conductuales son más efectivas para reducir la transmisión, y qué componentes de la intervención son más efectivos para influir en estas conductas. También se necesitan más investigaciones sobre las

estrategias más efectivas para los HSH no blancos en los países ricos, así como para los HSH en los países en desarrollo.

5.6.2. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, entre un 10% y un 50% de las mujeres de todo el mundo informan haber sido agredidas física o sexualmente por una pareja en algún momento de sus vidas, y cuando se incluyen las amenazas, el abuso económico y emocional, las tasas de prevalencia son aun mayores. Las mujeres víctimas de abuso pueden sufrir lesiones y problemas de salud físicos y emocionales duraderos. Una forma de intervención para ayudar a estas mujeres es la intervención de defensa. Las intervenciones de defensa procuran ayudar a las mujeres que sufren abuso proporcionándoles directamente información y apoyo que facilite su acceso a los recursos comunitarios. Sin embargo, antes de recomendar dichas intervenciones a los elaboradores de políticas sanitarias se necesita saber si mejoran la salud y el bienestar de las mujeres víctimas de abuso. ¿En otras palabras, son efectivas las intervenciones de defensa?

Después de revisar la bibliografía mundial en busca de ensayos controlados aleatorios que evaluaran programas de defensa para las mujeres víctimas de abuso, se encontraron diez ensayos, con un total de 1 527 mujeres. Los estudios que compararon intervenciones de defensa con la "atención habitual" se realizaron en diferentes ámbitos, dentro o fuera de los servicios de asistencia sanitaria. Se seleccionaron participantes de poblaciones étnicas diversas y un amplio rango de edad (15-61 años), pero muchas tenían un nivel socioeconómico relativamente bajo. La mayoría sufría abuso actual, a menudo grave. Todas las intervenciones procuraron fortalecer a las mujeres ayudándolas a alcanzar sus metas. Difieron en: la duración (de 30 minutos a 80 horas), los resultados informados y el período de seguimiento.

Las pruebas indican que, en el caso de las mujeres que se encuentran en refugios, la intervención de defensa intensiva reduce el abuso físico más de un año y hasta dos años después de la intervención, pero existen pruebas contradictorias acerca de su efecto positivo sobre el abuso emocional. Asimismo, hay pruebas equívocas acerca de los efectos positivos de la intervención de defensa intensiva sobre la depresión, la calidad de vida y la angustia psicológica. Existen pruebas de que la intervención de defensa breve incrementa las conductas seguras en las mujeres víctimas de abuso.

Considerando la totalidad de los datos, la conclusión de los revisores es que **actualmente existen pruebas equívocas para determinar si la intervención de defensa intensiva en mujeres reclutadas en albergues o refugios contra la violencia doméstica tiene un efecto beneficioso sobre su bienestar físico y psicosocial**. A su vez, se desconoce si las intervenciones menos intensivas en ámbitos de asistencia sanitaria son efectivas para las mujeres que todavía viven con parejas abusadoras. Muy pocos estudios evaluaron

intervenciones de intensidad y duración equivalentes, midieron los mismos resultados o tuvieron períodos de seguimiento equivalentes.

5.6.3. ¿El consejo de los médicos alienta a las personas que fuman a dejarlo?

El consejo de los médicos ayuda a las personas que fuman a dejar el hábito. Aun cuando los médicos proporcionen un asesoramiento simple y breve sobre el abandono del hábito de fumar, esta acción aumenta la probabilidad de que un fumador deje el hábito exitosamente y continúe sin fumar 12 meses más tarde. El asesoramiento más intenso puede dar lugar a tasas de abandono del hábito de fumar algo mayores. **La prestación de apoyo de seguimiento después de ofrecer el asesoramiento puede aumentar las tasas de abandono ligeramente.**

5.6.4. Efectividad de las intervenciones psicosociales en embarazadas reclutadas en programas de tratamiento por consumo de drogas ilegales. Las mujeres que consumen drogas ilegales mientras están embarazadas tienen una mayor probabilidad de dar a luz de forma prematura y tener recién nacidos con un bajo peso que estén en riesgo de síndrome de abstinencia neonatal y que requieran una atención intensiva. Una mujer embarazada reducirá el riesgo de estas complicaciones si reciben un tratamiento prenatal por consumo de drogas. La preocupación materna por el lactante también puede motivarla. Es importante el período de tiempo en el tratamiento. Las intervenciones psicosociales pueden ayudar a superar las numerosas barreras para permanecer en un programa de tratamiento y reducir el consumo de drogas ilegales. El tratamiento de contingencias utiliza un refuerzo positivo y de apoyo con, por ejemplo, cupones monetarios o al darle trabajo y un salario sólo cuando la persona se abstiene de consumir la droga o cuando asiste al tratamiento para cambiar su conducta. Las intervenciones basadas en el manual incluyen entrevistas motivacionales con un estilo directo de asesoramiento.

Esta revisión sistemática halló que el tratamiento de contingencias es efectivo para mejorar la retención de las embarazadas en los programas de tratamiento por consumo de drogas ilegales, pero tienen efectos mínimos en su abstinencia de drogas ilegales. Las entrevistas motivacionales durante tres a seis sesiones tal vez podrían resultar en una retención más deficiente en el tratamiento. Estos hallazgos se basan en nueve ensayos controlados durante 14 días a 24 semanas, cinco estudios usaron el tratamiento de contingencias (346 mujeres) y cuatro estudios (266 mujeres) que consideraron las entrevistas motivacionales. Todos menos uno se realizaron en los Estados Unidos. Muchas de las mujeres jóvenes eran afroamericanas, solteras, que nunca se habían casado o divorciadas y desempleadas. Recibían un mantenimiento con metadona, consumían cocaína, o eran dependientes de opiáceos y marihuana, y el consumo de alcohol también se incluyó en seis estudios. En dos ensayos, la mayoría de todas las mujeres fue dependiente de la nicotina. En

dos estudios, no se hallaron diferencias en los resultados del parto o en la duración de la desintoxicación hospitalaria para los recién nacidos. Ninguno de los estudios incluidos estableció la forma en que se derivaron las mujeres al tratamiento. Las intervenciones basadas en el manual tienen una menor probabilidad de ser efectivas entre los individuos forzados. También es poco probable que se las utilicen solas en la práctica clínica.

Tabla 5.7. Evidencias sobre el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad: Personas en situación terminal.

5.7.1. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med* 2000;132(6):451-9. Disponible en: <http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=GCS07-13>

5.7.1. Las enfermedades tienen repercusiones sobre los y las pacientes, sus familiares y sus cuidadores/as. De hecho, el padecimiento de enfermedades crónicas, terminales o degenerativas esta asociado a mayores problemas de salud, estrés, síntomas depresivos y mayores cargas económicas en pacientes y cuidadores/as. A pesar de su importancia, existen pocos estudios sobre las causas de estos efectos. El objetivo del estudio fue establecer los determinantes de la carga - económica y no económica - de las enfermedades terminales, e identificar posibles intervenciones para su mejora.

Fueron entrevistados un total de 988 enfermos terminales y 893 cuidadores de seis ciudades de Estados Unidos escogidas al azar (1). Las personas enfermas fueron escogidas por personal médico aleatoriamente seleccionado entre el total de médicos y médicas de cada ciudad incluida en el estudio. Ni pacientes ni cuidadores/as fueron pagados por participar en el estudio.

El cuestionario utilizado en las entrevistas fue desarrollado después de realizar una búsqueda bibliográfica, 15 grupos focalizados (focus groups), 6 entrevistas en profundidad, validar el instrumento y revisarlo un panel de expertos (2). El cuestionario cubría las áreas de estado de salud y síntomas, ayuda social, comunicación con los proveedores de servicios sanitarios, sentido personal y espiritual, necesidades de cuidados, planes de poner fin a la vida, cargas económicas, características socio-demográficas, eutanasia, suicidio asistido y estrés.

Se midió la necesidad de transporte, los cuidados de enfermería, la asistencia en el hogar y en los cuidados personales, la percepción subjetiva de carga económica, el gasto de mas del 10% de los ingresos familiares en servicios sanitarios, la depresión del cuidador y el sentido de interferencia con su vida, y la consideración de la eutanasia o el suicidio asistido por parte del/la paciente. La asociación entre niveles de cuidados y características de los pacientes se midió mediante tests de asociación univariados.

Un 34,7% de los y las pacientes tenían importantes necesidades de cuidados. Estas personas tenían una probabilidad mayor de tener una percepción de carga económica (44,9% vs 35,3%; $p = 0.005$); el 10% de sus ingresos familiares eran invertidos en servicios sanitarios (28,0% vs 17,0%; $p \leq 0.001$); y ellos o sus familias habían necesitado un préstamo o hipoteca, gastar sus ahorros o obtener trabajos adicionales (16,3% vs 10,2%; $p = 0.004$). También tenían una mayor probabilidad de considerar la opción de la eutanasia o el suicidio asistido ($p = 0.001$). Los cuidadores y cuidadoras de estos y estas pacientes tenían una probabilidad mayor de tener síntomas depresivos (31,4% vs 24,8%; $p = 0.01$) y de decir que el cuidado de sus familiares interfería en su vida habitual (35,6% vs 24,3%; $p = 0.001$). Los cuidadores y cuidadoras de pacientes cuyos médicos y médicas escuchaban las necesidades tanto de los y las pacientes como de sus cuidadores/as tenían cargas menores.

A pesar de que el estudio realizado no permite probar causalidad, una posible interpretación de los datos diría que **los y las pacientes terminales con síntomas físicos experimentan mayor necesidad de cuidados y, en consecuencia, una mayor carga económica y de tipo físico y psicosocial. A través de la empatía, los médicos y médicas deberían ser capaces de aminorar algunas de estas cargas. Aumentar la cobertura de servicios de atención domiciliaria sin aumentar los gastos de las familias puede constituir un importante factor de mejora.**

6. DERECHO A PARTICIPAR EN ASUNTOS DE LA SALUD PÚBLICA

**Tabla 6.1. Evidencias sobre el derecho a la participación en asuntos de la salud pública:
Participación efectiva en políticas sanitarias en todas sus fases.**

6.1.1.	Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, Tyrer P. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. Centre for Reviews and Dissemination, 2002. Disponible en: http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=dare_abstracts&id=DARE12003008051&lang=es&ib=COC
6.1.2.	Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Métodos de participación del consumidor en el desarrollo de políticas e investigación sanitarias, guías para la práctica clínica y material informativo para el paciente (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=C0004563
6.1.3.	Wetzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Intervenciones para mejorar la participación del paciente anciano en los episodios de atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD004273

6.1.1. Esta revisión sistemática evaluó 42 estudios que describían los efectos de 40 iniciativas para involucrar a los y las pacientes en la planificación y prestación de la atención sanitaria. De ellos, 31 fueron estudios de caso, 5 fueron resultados de encuestas, 3 analizaban entrevistas y 3 describían los hallazgos de investigación-acción. 4 informes describían el uso de métodos de investigación cualitativos. No se encontró ninguno que usara métodos de investigación comparativos o experimentales. Los informes describían un rango de diferentes modelos de participación aplicados a un abanico de hospitales y a la comunidad. No se pudo identificar ningún informe que aportara efectos de la participación de los/as pacientes en la salud, calidad de vida o satisfacción con el uso de servicios.

La naturaleza de la evidencia que apoya los efectos de la participación del paciente en la planificación y prestación de atención de la salud se resume como sigue: **Los estudios cualitativos y estudios de caso confirmaron efectos tanto positivos (por ejemplo mejora de la autoestima) como negativos (insatisfacción con el proceso) en los/as pacientes que participaron; cambios en los servicios existentes y desarrollo de nuevos servicios, como nuevas o mejores fuentes de información para los/as pacientes y mejora de la accesibilidad de los servicios a través de la simplificación de los procedimientos,**

ampliación de las horas de apertura, mejora del transporte a las unidades de tratamiento y mejora del acceso para las personas con discapacidades. Los casos de estudio describieron además efectos en la información dada a los/as pacientes. Los estudios cuantitativos no confirmaron ninguno de estos efectos.

6.1.2. Hay pocas pruebas a partir de estudios comparativos acerca del efecto de la participación de consumidores en las decisiones sanitarias a nivel poblacional

Se reconoce ampliamente la importancia de la participación de los y las consumidoras en todos los niveles de los servicios sanitarios. Esta revisión comprueba que se han realizado pocas investigaciones para encontrar la mejor manera de incluir a los y las consumidoras en las decisiones sanitarias a nivel poblacional. La mayoría de los estudios incluidos compararon las consultas con los y las consumidoras con la ausencia de consulta con consumidores y consumidoras. **Hay pruebas de calidad moderada provenientes de dos estudios que indican que incluir consumidores/as en la elaboración de material informativo para el/la paciente produce un material más pertinente, legible y comprensible, sin afectar su ansiedad.** Este material "con información de los consumidores/as" también puede mejorar el conocimiento. Dos estudios, que compararon el uso de consumidores/as como entrevistadores/as con personal profesional en encuestas de satisfacción de los/as pacientes, encontraron diferencias pequeñas de los resultados de la encuesta de satisfacción y se obtuvieron resultados menos favorables en los casos en que los/as consumidores/as fueron los/as entrevistadores/as. Un estudio, que comparaba dos métodos diferentes de participación de la población (conversación telefónica y reuniones de grupos), demostró que **la interacción personal tenía más probabilidad de cambiar las opiniones de los consumidores y consumidores en relación con las prioridades sanitarias de la comunidad.**

6.1.3. Hay una creciente expectativa entre los y las pacientes de que deben participar en la prestación de atención médica. La acumulación de pruebas de estudios empíricos muestra que los y las pacientes de edad promedio que son alentados/as a participar más activamente en las decisiones de tratamiento tienen resultados de salud más favorables, en cuanto al estado fisiológico y funcional, en comparación con los/as que no participan. Las intervenciones para alentar la participación más activa pueden estar centradas en diferentes estadios, incluidos: el uso de asistencia sanitaria; la preparación para el contacto con un profesional de la atención; el contacto con el profesional de la atención; o la retroalimentación (feedback) acerca de la atención. Sin embargo, no está claro si los beneficios de estas intervenciones también se aplican a los/as ancianos/as.

El objetivo de esta revisión fue evaluar los efectos de las intervenciones en la atención médica primaria que mejoran la participación de los y las pacientes mayores (≥ 65 años) en su asistencia sanitaria.

Se examinaron los estudios de las intervenciones para mejorar la participación de las personas mayores en su atención. En este campo se han realizado pocos estudios que incluyan a personas mayores como el objetivo principal de la investigación. Sólo se identificaron tres ensayos. Éstos evaluaron los efectos de la preparación escrita o personal para las consultas médicas.

Las intervenciones de un cuadernillo de previsita y una sesión de previsita (combinados o solamente sesión de previsita) derivó en un comportamiento más crítico por parte de las personas mayores y en un comportamiento activo más autonotificado.

7. DERECHOS FRENTE A LAS ACTUACIONES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Tabla 7.1. Evidencias sobre los derechos frente a las actuaciones de las Administraciones Públicas: Acceso a información y resultados de investigación, y a progresos en materia de SP

7.1.1. Hibbard JH. What Can We Say about the Impact of Public Reporting? Inconsistent Execution Yields Variable Results. Ann Intern Med. 2008;148:160-1. Disponible en: <http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=GCS36-10>

7.1.1. Se realizó una síntesis de la evidencia sobre difusión pública de datos de actividad para mejora de la calidad tomados de Web of Science, MEDLINE, Econ- Lit, and Wilson Business Periodicals (1999-2006) y artículos de revisión independientes (1986–1999) identificados mediante una revisión sistemática previa. Solo se incluyeron artículos publicados en inglés.

45 artículos publicados desde 1986 (27 de los cuales fueron publicados desde 1999) evaluaron el impacto de la publicación de resultados sobre la calidad de la asistencia. La mayor parte de ellos se centraron en unos cuantos sistemas de difusión de resultados.

La síntesis de la información de estudios de 8 planes de salud sugiere una ligera asociación entre el empleo de sistemas de difusión y selección de planes. La síntesis de 11 estudios en el ámbito hospitalario sugiere que se estimulan las actividades de mejora de la calidad. Mientras que la revisión de 9 estudios a nivel hospital y de 7 estudios a escala proveedor muestra asociación inconsistente entre la difusión y la efectividad de la mejora. Existe escasa evidencia publicada sobre el impacto de la difusión de resultados en seguridad clínica y orientación al/la paciente.

La evidencia publicada es escasa, sobre todo referente a proveedores/as y prácticas independientes. Los sistemas de difusión de resultados disponibles son limitados, aunque **la evidencia sugiere que estos estimulan las actividades de mejora continua en el ámbito hospitalario. Sin embargo, el efecto de dichas estrategias sobre efectividad, seguridad y orientación al/la paciente continúa siendo incierto.**

Tabla 7.2. Evidencias sobre los derechos frente a las actuaciones de las Administraciones Públicas: Interacción electrónica entre administración y ciudadanía

7.2.1.	Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=121973&DocumentID=CD004274
7.2.2.	Gysels M, Higginson I J. Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: systematic review and meta-analysis of randomised trials. <i>Supportive Care in Cancer</i> 2007; 15(1): 7-20. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17024500?dopt=Abstract
7.2.3.	Mistiaen P, Poot E. Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD004510
7.2.4.	Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicina versus atención al paciente cara a cara: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención a la salud (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20198709&DocumentID=CD002098

7.2.1. Las personas con enfermedades crónicas tienen necesidades múltiples, incluida la información sobre su enfermedad y las diversas opciones de tratamiento, el apoyo social, el apoyo en la toma de decisiones y la ayuda en el logro de cambios conductuales, por ejemplo, cambios en la dieta o en el ejercicio. Los programas por ordenador que combinan la información sanitaria con el apoyo de pares en línea, el apoyo en la toma de decisiones o la ayuda en los cambios conductuales pueden representar una forma de satisfacer estas necesidades y de ayudar a que las personas mejoren su salud. Esta revisión procuró determinar cómo tales programas de computación, conocidos como Programas de Comunicación Sanitaria Interactiva (PCSI), podrían afectar a las personas con enfermedades crónicas. Los y las revisoras hallaron que **los PCSI mejoraron el conocimiento de los usuarios, el apoyo social, las conductas sanitarias y los resultados clínicos. También es**

probable que mejoren la autoeficacia de los y las usuarias (la confianza de una persona en su capacidad para realizar una acción específica). No fue posible determinar si los PCSI tuvieron algún efecto sobre los resultados emocionales o económicos. Los estudios incluidos analizaron diferentes PCSI, con diferentes características, para una gran variedad de enfermedades crónicas. Se observó **variabilidad en diversas medidas de resultado y, por lo tanto, los resultados se deben considerar con cierta cautela. Se necesitan estudios de alta calidad y de mayor tamaño para confirmar estos hallazgos preliminares**, determinar el mejor tipo y modo de administración de estos PCSI y establecer cómo los PCSI afectan a diferentes grupos de personas con enfermedades crónicas.

7.2.2. El uso de tecnologías interactivas para la información y educación de los/as pacientes en tratamientos de cáncer resultó efectivo, mejoró los conocimientos sobre la enfermedad, fue bien aceptado por los/as pacientes, y aumentó la satisfacción con la información recibida y los procesos de toma de decisiones. El uso de esta tecnología no aumentó la ansiedad. El impacto sobre los procesos de toma de decisiones de los/as pacientes fue variable. El grado de contacto con los/as profesionales de la salud afectó al impacto de las intervenciones.

7.2.3. No hay pruebas de que el seguimiento telefónico después del alta hospitalaria sea efectivo

Muchos/as pacientes que regresan a su domicilio después del alta hospitalaria afrontan diversos problemas en las primeras semanas. El seguimiento telefónico iniciado por profesionales de la salud en el ámbito hospitalario se considera una forma adecuada de intercambio de información, proporción de asesoramiento y educación sanitaria, manejo de los síntomas, reconocimiento de las complicaciones de forma temprana y proporción de apoyo para los/as pacientes después del alta. Algunas investigaciones mostraron que el seguimiento telefónico es factible y que los/as pacientes aprecian estas llamadas. Sin embargo, hasta la fecha no queda claro si el seguimiento telefónico también es efectivo. Esta revisión sistemática identificó 33 estudios relevantes, la mayoría de baja calidad metodológica (una limitación importante de la revisión). Se encontró que el seguimiento telefónico se aplicó a varios grupos de pacientes. Existe una gran variedad de formas para realizar el seguimiento telefónico. Se evaluaron diferentes medidas de resultado. **Algunos estudios encontraron efectos a favor del seguimiento telefónico, pero en general los estudios no identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de seguimiento telefónico y control.** Una vez que fue posible agrupar los resultados de los estudios, no se pudieron establecer conclusiones firmes acerca de los efectos del seguimiento telefónico. Ningún estudio identificó efectos adversos de la intervención.

7.2.4. La telemedicina es el uso de la tecnología de las telecomunicaciones para el diagnóstico médico y la atención al paciente. Desde sus inicios la telemedicina se ha usado en una

variedad de campos de atención a la salud, aunque la diseminación del interés entre los/as proveedores/as de atención a la salud solamente ahora se ha hecho aparente con el desarrollo de tecnologías más sofisticadas.

Esta revisión trató de evaluar los efectos de la telemedicina como una alternativa a la atención del/la paciente cara a cara.

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios, estudios controlados antes-después y series de tiempo interrumpido que compararan la telemedicina con la atención al/la paciente cara a cara. Los/as participantes fueron profesionales de la salud calificados y los/as pacientes recibieron atención a través de telemedicina.

Se incluyeron siete ensayos que involucraron más de 800 personas. Un ensayo trató acerca de la telemedicina en el departamento de emergencias, uno sobre consulta por vídeo entre la atención primaria de salud y el departamento de pacientes ambulatorios del hospital, y el resto con el suministro de atención de salud o auto-monitorización de pacientes con enfermedad crónica. Los estudios parecen haber sido bien realizados, aunque el número de pacientes fue pequeño, excepto en uno. **Aunque ninguno de los estudios mostró efectos en detrimento de alguna de las intervenciones, ninguno de ellos mostró beneficios inequívocos y los hallazgos no constituyen evidencia de la seguridad de la telemedicina.** Ninguno de los estudios incluyó un análisis económico formal. Todos los aspectos tecnológicos de las intervenciones parecen ser confiables y haber sido bien aceptados por los/as pacientes.

El establecimiento de sistemas para la atención de pacientes mediante tecnologías de telecomunicaciones es factible, pero hay poca evidencia de sus beneficios clínicos. Los estudios suministraron resultados variables y no conclusivos para otros resultados tales como medidas psicológicas, y datos no analizables acerca del costo efectividad de los sistemas de telemedicina. La revisión demuestra que se necesitan investigaciones adicionales y que es factible llevar a cabo ensayos clínicos aleatorios sobre las aplicaciones de la telemedicina. Los rectores de políticas de salud deberían ser cautos acerca de recomendar el incremento del uso y la inversión en tecnologías no evaluadas.

ANEXO 1: Lista de informes sobre revisiones y evidencias de la “Social Science Research Unit” (incluidas las de EPPI-Centre) en los últimos diez años.

Los enlaces a los documentos se pueden obtener en:

http://www.ioe.ac.uk/Study_Departments/SSRU_Reports.pdf

2008

Oliver S, Kavanagh J, Caird J, Lorenc T, Oliver K, Harden A, Thomas J, Greaves A and Oakley A (2008) **Health promotion, inequalities and young people’s health: a systematic review of research**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. ISBN: 978-0-9554810-3-1.

Thomas J, Vigurs C, Oliver K, Suarez B, Newman M, Dickson K, Sinclair J, (2008) **Targeted youth support: Rapid Evidence Assessment of effective early interventions for youth at risk of future poor outcomes**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. ISBN: 978-0-9559087-6-7

Woodman J, Lorenc T, Harden A, Oakley A (2008) **Social and environmental interventions to reduce childhood obesity: a systematic map of reviews**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. ISBN: 978-0-9559087-5-0

Wiggins M, Bonell C, Burchett H, Sawtell M, Austerberry H, Allen E, Strange V (2008) **Young People’s Development Programme Evaluation: Final Report**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. ISBN: 978-0-9559087-2-9

Lorenc T, Harden A, Brunton G, Oakley A (2008) **Including diverse groups of children and young people in health promotion and public health research: a review of methodology and practice**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. ISBN: 978-0-9559087-4-3 ([Click here for more details](#)) Aicken C, Arai L, Roberts H (2008) **Schemes to promote healthy weight among obese and overweight children in England**. Report. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. ISBN: 978-0-9559087-3-6

Wiggins M, Bonell C, Burchett H, Sawtell M, Austerberry H, Allen E, Strange V (2008) **Young People’s Development Programme Evaluation: Final Report. Executive Summary**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. ISBN: 978-0-9559087-1-2

Oliver S, Bagnall AM, Thomas J, Shepherd J, Sowden A, White I, Dinnes J, Rees R, Colquitt J, Oliver K, Garrett Z (2008) **RCTs for policy interventions? A review of reviews and meta-regression**. Birmingham: University of Birmingham.

Austerberry H, Sawtell M, Ingold A, Wiggins M, Arai L, Strange V (2008) **Evaluation of the Teenage Health Demonstration Sites Programme: 1st Annual Report 2007**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. ISBN: 978-0-9559087-0-5.

Sawtell M, Austerberry H, Ingold A, Wiggins M, Strange V, Arai L, Aicken C (2008) **Teen LifeCheck Evaluation: Final Report**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 46 pages. ISBN: 978-0-9556026-6-5 (electronic copy) 978-0-9556026-7-2 (hard copy)

2007

Annual Report 2007. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 40 pages. ISBN: 978-0-9556026-8-9

Underwood L, Thomas J, Williams T, Thieba A (2007) **The effectiveness of interventions for people with common mental health problems on employment outcomes: a systematic rapid evidence assessment**. In: Research Evidence in Education Library. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 63 pages. ISBN: 978-0-9556026-4-1

Mayall B (2007) **Chickenshed Evaluation by EdComs: An Evaluation**. In: Research Evidence in Education Library. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 18 pages.

Newman M, Bangpan M, Brunton J, Tripney J, Williams T, Thieba A, Lorenc T, Fletcher A, Bazan C (2007) **Interventions to improve the co-ordination of service delivery for High Cost High Harm Household Units (HCHHHU)**. A systematic rapid evidence assessment. In Research Evidence in Education Library. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 77 pages. ISBN: 978-0-9556026-2-7

Sawtell M, Strange V (2007) An evaluation of 'Let's Leave It Till Later' training for youth workers. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 18 pages. ISBN: 978-0-9556026-0-3

Harden A, Kavanagh J, Powell C, Oliver K, Oakley A (2007) **A scoping review of the evidence relevant to life checks for young people aged 9 to 14 years**. London: EPPI-Centre, Social

Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 72 pages. ISBN: 978-0-9554810-1-7

Thomas J, Kavanagh J, Tucker H, Burchett H, Tripney J, Oakley A (2007) **Accidental injury, risk-taking behaviour and the social circumstances in which young people (aged 12-24) live: a systematic review**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 181 pages. ISBN: 978-0-9551548-8-1

2006

Annual Report 2006. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 24 pages. ISBN: 0-9550487-9-8

Brunton G, Oliver S, Oliver K, Lorenc T (2006) **A Synthesis of Research Addressing Children's, Young People's and Parents' Views of Walking and Cycling for Transport**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 124 pages. ISBN: 0-9551548-9-8

Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A, Burchett H, Backhans M (2006) **Young people, pregnancy and social exclusion: A systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit Report, Institute of Education, University of London. 119 pages. ISBN: 978-0-9551548-4-3

Kavanagh J, Trouton A, Oakley A, Powell C (2006) **A systematic review of the evidence for incentive schemes to encourage positive health and other social behaviours in young people**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit Report, Institute of Education, University of London. 114 pages. 978-0-9551548-6-7

Wiggins M, Sawtell M, Austerberry H, Burchett H, Strange V, Bonell C (July 2006) **Evaluation of the Young People's Development Programme Second interim report**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 42 pages. ISBN: 0-9550487-7-X

Wiggins M, Sawtell M, Austerberry H, Burchett H, Strange V, Bonell C (July 2006) **Evaluation of the Young People's Development Programme Second interim report: Executive Summary 2006**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 4 pages.

2005

Annual Report 2005. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 28 pages. ISBN: 0-9550487-5-3

Alderson P (May 2005). **Children, Families & States: A summary of a conference**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 23 pages.

Hargreaves K, Stewart R, Oliver S (September 2005) **Survey of information resources on newborn blood spot screening for parents and health professionals: a systematic review**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 75 pages. ISBN: 0-9550487-2-9

Kavanagh J, Trouton A, Oakley A, Harden A (March 2005) **A scoping review of the evidence for incentive schemes to encourage positive health and other social behaviours in young people**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 44 pages. ISBN: 0-9550487-2-9

Oliver S, Stewart R, Hargreaves K, Dezateux C (October 2005) **The storage and use of newborn babies' blood spot cards: a public consultation**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 23 pages.

Sawtell M, Wiggins M, Austerberry H, Rosato M, Oliver S. (May 2005) **Reaching out to pregnant teenagers and teenage parents: Innovative practice from Sure Start Plus pilot programmes**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 32 pages. ISBN: 0-9547968-9-6

Trouton A, Kavanagh J, Oakley A, Harden A, Powell C (July 2005) **A summary of ongoing activity in the use of incentive schemes to encourage positive behaviours in young people**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 59 pages. ISBN: 0-9547968-9-6

Wiggins M, Oakley A, Sawtell M, Austerberry H, Clemens F and Elbourne D (2005) **Teenage Parenthood and Social Exclusion: a multi-method study: Summary report of findings**. London: Social Science Research Unit Report, Institute of Education, University of London. 95 pages. ISBN: 0-9550487-3-7

Wiggins M, Rosato M, Austerberry H, Sawtell M, Oliver S. (May 2005) **Supporting teenagers who are pregnant or parents**. Sure Start Plus National Evaluation: Executive Summary 2005. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 6 pages.

Wiggins M, Rosato M, Austerberry H, Sawtell M, Oliver S (May 2005) **Sure Start Plus National Evaluation: Final Report 2005**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 112 pages. ISBN: 0-9547968-8-8.

2004

Social Science Research Unit, Annual Report 2004. 26 pages. ISBN: 0-9547968-7-X.

Alderson P, Ehrich K, Hawthorne J, Killen M, Warren I (November 2004) **Foretelling futures: dilemmas in neonatal neurology 2004**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 66 pages.

Brunton G, Harden A, Oakley A. (July 2004) **Young people, pregnancy and social exclusion: A systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 23 pages.

Oliver S, Lempert T, Stewart R, Kavanagh J, Dezateux C (December 2004) **Disclosing to parents newborn carrier status identified by routine blood spot screenings**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 72 pages.

Rees R, Kavanagh J, Burchett H, Shepherd J, Brunton G, Harden A, Thomas J, Oliver S, Oakley A (July 2004) **HIV health promotion and men who have sex with men (MSM): a systematic review of research relevant to the development and implementation of effective and appropriate interventions** (July 2004). London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 194 pages.

Rosato M, Wiggins M, Austerberry H and Oliver S (January 2004) **Sure Start Plus National Evaluation Service Delivery Study: Summary of Interim Findings**. Jan 2004. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 18 pages.

Strange V, Bonell C, Barnett-Page E (April 2004) **In the city: An Evaluation of Detached Work in Commercial Venues & Public Sex Environments 2004**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 68 pages. ISBN: 0-95477968-3-7

Sutcliffe K, Alderson P and Curtis K (April 2004) **Children as partners in their diabetes health care: Research Report**. April 2004. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 90 pages.

Turner H, Mayall B, Dickinson R (May 2004) **Children engaging with drama: An evaluation of the National Theatre's drama work in primary schools 2002-2004**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 86 pages.

Wiggins M, Bonell C, Sawtell M, Burchett H, Austerberry H and Strange V (December 2004) **Evaluation of the Young People's Development Programme: First interim report: Dec 2004**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 12 pages.

2003

Social Science Research Unit Annual Report 2003, 28 pages.

Brunton G, Harden A, Rees R, Kavanagh J, Oliver S, Oakley A (April 2003) **Children and physical activity: a systematic review of barriers and facilitators (April 2003)** London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 144 pages.

Thomas J, Sutcliffe K, Harden A, Oakley A, Oliver S, Rees R, Brunton G, Kavanagh J (October 2003) **Children and healthy eating: a systematic review of barriers and facilitators (October 2003)** London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 218 pages.

Wiggins M, Austerberry H, Rosato M, Sawtell M, Oliver S (June 2003). **Sure Start Plus National Evaluation Service Delivery Study: Interim Findings: Executive Summary**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 4 pages.

2002

Social Science Research Unit Annual Report 2002, 65 pages.

Charleston S, Oakley A, Johnson A, Stephenson J, Brodala A, Fenton K, Petruckevitch A (September 2002) **Randomised Controlled Trial of Peer-led Sex Education**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 59 pages.

Harden A, Sutcliffe K, Lempert T (October 2002). **Young men and suicide prevention: a scoping exercise for a review of the effectiveness of health promotion interventions of**

relevance to suicide prevention in young men. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 31 pages.

Oakley A, Roberts I, Turner H, Rajan L (August 2002) **A Feasibility Study for a Randomised Controlled Trial of Daycare for Pre-School Children** (ISBN 0-9542036-4-X). London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 46 pages.

Shepherd J, Garcia J, Oliver S, Harden A, Rees R, Brunton G, Oakley A (October 2002) **Barriers to, and facilitators of, the health of young people. A systematic review of evidence on young peoples views and on interventions in mental health, physical activity and healthy eating.** London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 22 pages.

2001

Social Science Research Unit Annual Report 2000-2001, 42 pages.

Harden A, Rees R, Shepherd J, Brunton G, Oliver S, Oakley A (September 2001) **Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators.** London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 236 pages.

Rees R, Harden A, Shepherd J, Brunton G, Oliver S, Oakley A (October 2001) **Young people and physical activity: a systematic review of research on barriers and facilitators.** London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 198 pages.

Shepherd J, Harden A, Rees R, Brunton G, Garcia J, Oliver S, Oakley A (October 2001) **Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators.** London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 194 pages.

Selai C and Oliver S (October 2001) **Guidelines for consumers interested in peer reviewing - 1. An introduction to peer-reviewing Cochrane protocols and reviews.** London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 12 pages.

Oliver S and Selai C (October 2001) **Guidelines for consumers interested in peer reviewing - II. Ideas to help consumers peer-review Cochrane protocols and reviews.** London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 15 pages.

Oliver S and Selai C (October 2001) **Checklist for relevance of Cochrane reviews and protocols to consumers (by consumers)**. London: Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 10 pages.

1999

Harden A, Weston R, Oakley A (November 1999) **A review of the effectiveness and appropriateness of peer-delivered health promotion interventions for young people**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 182 pages.

Peersman G, Harden A, Oliver S, Oakley A (February 1999) **Effectiveness reviews in health promotion**. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. 182 pages.

ANEXO 2: Lista con diversas Websites con revisiones sistemáticas en Salud Pública y Promoción de la Salud extraída del “Cochrane Public Health Group”:

Cochrane Public Health Group

The Campbell Collaboration

Evidence for Policy and Practice Information Centre (EPPI-Centre)

Health Evidence

EvidenceNetwork

NHS Centre for Reviews and Dissemination

NHS Economic Evaluation Database

Health Evidence Bulletins – Wales

The Effective Public Health Practice Project

National Institute for Health and Clinical Evidence – Evidence Base Information Resource

Medical Research Council Social & Public Health Sciences Unit

The Community Guide – Guide to Community Preventive Services – Systematic Reviews and Evidence-Based Recommendations

Informed Health Online

Centre for Reviews and Dissemination, University of York

Medical Research Council Social and Public Health Sciences Unit

NICS Guide to the Cochrane Library

Otros enlaces a Bases de datos:

1. Databases available through the EPPI-Centre.

- Database of education research
- Bibliomap
- Database of Promoting Health Effectiveness Reviews (DoPHER)
- Trials Register of Promoting Health Interventions (TRoPHI)
- Database of Personal Development Planning evaluation studies
- Current Educational Research in the United Kingdom (CERUK)

2. The National Research Register

3. TRIP database

4. Knowledge Finder

5. Health Promotion Research Internet Network (HPRIN)

6. OVID databases

7. National Library for Public Health