

Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA)

Documento de Antecedentes



Hospitales
Promotores
de Salud

Grupo de Trabajo HPH* para la Promoción de la Salud
de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA**)

*HPH = "Health Promoting Hospitals", en inglés; Hospitales Promotores de Salud, en castellano.

**HPH-CA = "Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals", en inglés;
Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes en y por los Hospitales, en castellano.

Edición en castellano:

Título: Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA)
Documento de Antecedentes

Edita: **Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias.**

Dirección General de Salud Pública
Rambla General Franco, 53
38006. Santa Cruz de Tenerife
Canarias, España

Responsables institucionales:

Excm. Sra. Dña. María Mercedes Roldós Caballero. Consejera de Sanidad.

Ilmo. Sr. D. Guillermo Martín Ribot. Director del Servicio Canario de la Salud.

Ilma. Sra. Dña. Gloria Julia Nazco Casariego. Directora General de Salud Pública.

Grupo de Trabajo para la edición en español:

Alberto Armas Navarro

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Médico Puericultor.

Rosa Gloria Suárez López de Vergara

Médico Especialista en Pediatría y Puericultura.

Sara Darías Curvo

Licenciada en Antropología Social y Cultural. Diplomada Universitaria de Enfermería.

Silvia Iriarte Revuelta

Licenciada en Derecho. Intérprete Jurado.

Promoción de la Salud de la Infancia y la Adolescencia en y por los Hospitales (HPH-CA)

Documento de Antecedentes

Editado por:

*Fabrizio Simonelli, Katalin Majer, María José Caldés Pinilla
(Hospital Infantil Universitario A. Meyer, Florencia, Italia)*

En colaboración con:

*Grupo de Trabajo HPH-CA para la Promoción de la Salud
de Niños y Adolescentes en y por los Hospitales*

**Abril de 2007
Florencia, Italia**

Edición en español producida por la Dirección General de Salud Pública del
Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias.
Alberto Armas Navarro. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud
Rosa G. Suárez López de Vergara. Pediatra

Enero 2008

Índice

Prefacio	5
1. Introducción	6
2. Grupo de Trabajo para la Promoción de la Salud de Niños* y Adolescentes en y por los Hospitales (HPH-CA)	7
3. El contexto semántico	8
3.1. La salud de niños y adolescentes como Derecho	8
3.2. Promoción de la salud de niños y adolescentes como estrategia básica	13
3.3. El Hospital como entorno para la promoción de la salud de niños y adolescentes	15
3.4. Prácticas de promoción de la salud de niños y adolescentes en y por los Hospitales	16
3.5. Evidencia en promoción de la salud	18
4. Enfoques de referencia.....	22
4.1. Enfoque ecológico: Entornos de vida de los niños y la promoción de la salud en y por los hospitales.....	22
4.2. Enfoque del Curso de la Vida: Etapas de la vida y grupos objetivo para la promoción de la salud	23
5. Principios clave de la promoción de la salud en niños y adolescentes	25
6. Reconocimientos	29
7. Referencias	31

** Nota de los editores en castellano: Es una práctica sistemática en nosotros, evitar la discriminación de las personas por razón de género, lo que conlleva una complejidad añadida de la traducción del término inglés femenino o masculino. Por ello, se ha optado por reconocer esta sensibilidad en el título y grandes epígrafes, respetando la traducción literal en los demás casos.*

Prefacio

Este documento ha sido desarrollado por el Grupo de Trabajo para la Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes en y por los Hospitales (HPH-CA). Constituido dentro de la Red de Hospitales Promotores de Salud (HPH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Grupo de trabajo pretende abordar el tema específico de la promoción de la salud de niños y adolescentes, proporcionando un mejor entendimiento y definición del papel que los hospitales pueden y deberían jugar en este campo.

Está dirigido básicamente al personal de los hospitales pediátricos y de los departamentos de pediatría de los hospitales generales: profesionales y directores de la asistencia sanitaria, comprometidos con la implementación de intervenciones de promoción de la salud en y por los hospitales. También se pretende que sirva de apoyo a otros proveedores de asistencia sanitaria y trabajadores sociales que pueden utilizar los conceptos expresados aquí para guiar e influenciar la práctica médica.

Pretende contribuir al desarrollo de actividades de promoción de la salud de niños y adolescentes dentro y fuera del hospital, capacitándoles para aumentar el control sobre su salud y mejorarla.

El Grupo de Trabajo HPH-CA prevé que, proporcionando conceptos y pautas definidas de promoción de la salud a médicos, voluntarios, padres y aquellos que prestan asistencia sanitaria, éstos estarán capacitados para superar las dificultades que se encuentran en este momento al poner en práctica los conceptos de promoción de salud.

Fabrizio Simonelli

Líder del Grupo de Trabajo HPH-CA

1. Introducción

Los años de la infancia y de la adolescencia son una etapa de la vida particularmente sensible para la adopción de estilos de vida saludables y la adquisición de mecanismos de afrontamiento, que podrían ser de ayuda durante la edad adulta y la tercera edad. La hospitalización puede ser una oportunidad para el crecimiento en el área de la promoción de la salud, pero por desgracia, con frecuencia supone una experiencia de asistencia sanitaria poco favorable.

Los hospitales tienen la oportunidad de jugar un papel crucial en la promoción de un desarrollo saludable en niños y adolescentes, especialmente cuando las actividades de promoción de la salud se integran en el episodio de hospitalización y con acciones similares implementadas en la comunidad (1). Aunque es posible proceder de esta manera, se necesitan mayores conocimientos y compromisos, así como una mayor conciencia, para invertir de forma más efectiva en actividades dirigidas al desarrollo saludable de niños y adolescentes, tratando temas como:

- “empoderamiento” para la salud**
- habilidades de resistencia y afrontamiento
- alfabetización para la salud.
- respeto a los derechos
- habilidades de gestión de la salud
- adquisición de estilos de vida saludables
- desarrollo del potencial humano

La Red de Hospitales Promotores de Salud (HPH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un fuerte defensor de la promoción de la salud de niños y adolescentes en y por los hospitales y en abril de 2004 se creó un Grupo de Trabajo específico para examinar este asunto dentro de la Red HPH internacional.

** Del inglés, *empowerment*; dominio, *potenciación para desarrollar las capacidades para la salud*.

2. Grupo de Trabajo para la Promoción de la Salud en Niños y Adolescentes en y por los Hospitales (HPH-CA)

Siguiendo la filosofía de la Red de Hospitales Promotores de Salud y sus más recientes orientaciones y experiencias, el Grupo de Trabajo HPH-CA trata de aplicar los principios y criterios HPH al tema específico de la promoción de la salud en niños y adolescentes en y por los hospitales, proporcionando un marco conceptual y operacional orgánico, para organizaciones de asistencia sanitaria y sus profesionales, así como para instituciones, personas que deban tomar decisiones y trabajadores sociales.

Miembros del Grupo de Trabajo HPH-CA en Abril de 2007

Ms Isabelle Aujoulat-Simonazzi

Unité d'éducation pour la santé RESO
Health Systems Research Ecole de
Santé Publique
Université catholique de Louvain
Bruselas – BELGICA

Dr Laurence Bentz

Nice University Hospital
Hôpital de Cimiez
Niza Cedex 3 – FRANCIA

Dr Manuel del Castillo Rey

Hospital de Sant Joan de Déu
Esplugues de Llobregat – ESPAÑA

Dr Irmgard Eichler

Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendheilkunde
Viena – AUSTRIA

Dr Giuliana Filippazzi

European Association for Children in
Hospital (EACH)
Milán – ITALIA

Ms Cathy Hennebray

The Children's University Hospital
Temple Street
Dublín – IRLANDA

Dr Zsuzsanna Kovács

National Institute of Child Health
Child Health Main Department
Methodology Department
Budapest – HUNGRIA

Mag. Peter Nowak

Ludwig Boltzmann Institut für
Medizin- und Gesundheitssoziologie
WHO-Kooperationszentrum für
Gesundheitsförderung in Krankenhaus
und Gesundheitswesen
Viena – AUSTRIA

Mr James E. Robinson

Royal Hospital for Sick Children
Lothian University Hospitals
Edinburgo – REINO UNIDO

Dr Lagle Suurorg

Tallinn Children's Hospital
Talin – ESTONIA

Dr Stella Tsitoura

European Society of Social Pediatrics (ESSOP)
Atenas – GRECIA

Ass. Prof. Dr Hanne Tonnesen

WHO Collaborating Centre for
Evidence Based Health Promotion in
Hospitals
Clinical Unit of Health Promotion
Bispebjerg Hospital, Universidad de
Copenhague – DINAMARCA

Task force Hub

Dr Fabrizio Simonelli

Dr Maria José Caldeés Pinilla

Dr Katalin Majer

Health Promotion Programme
A. Meyer University Children's Hospital
Florenca – ITALIA

3. El contexto semántico

3.1. La Salud de Niños y Adolescentes como Derecho

3.1.1. ¿Qué entendemos por “Salud”?

La OMS define la Salud como

“...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”.

En la Carta de Ottawa (2) se amplió esta definición para definir la Salud como

“... un recurso para la vida en el día a día, no el objetivo de la vida; es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, además de las habilidades físicas”.

En este sentido, la salud puede ser interpretada como un proceso de crecimiento social y personal dirigido al desarrollo del potencial de cada uno. Comienza en la más tierna infancia y dura hasta el final de la vida.

La Carta de Bangkok (3) ofrece un concepto positivo e inclusivo de salud, como un determinante de la calidad de vida y que abarca el bienestar mental y espiritual.

Hay muchos factores que influyen y determinan la salud: factores individuales (como la edad, el sexo, factores hereditarios, elecciones de estilo de vida, etc.) y factores generales (como factores sociales, económicos, ambientales, culturales, etc.)(4).

3.1.2. ¿Qué entendemos por “Niños y Adolescentes”?

Los Niños y Adolescentes son personas que están viviendo una determinada etapa de su vida y de su maduración. De acuerdo con las recientes orientaciones de la OMS (5), identificamos, en términos de edad, esta etapa de la vida como el periodo entre la concepción y la edad de 19 años.

Como se manifestó en la Estrategia Europea para la Salud y el Desarrollo de

Niños y Adolescentes de la OMS: “Los niños son nuestra inversión en la sociedad del mañana”(6).

3.1.3. ¿Qué entendemos por “Salud Infantil y Adolescente”?

El bienestar físico, mental y social desde la concepción hasta la madurez sexual (7). La “Salud Infantil y Adolescente” tiene en cuenta un concepto más amplio de “Desarrollo Infantil y Adolescente”, que subraya la importancia de la relación y las sinergias entre las dimensiones de salud, física, social, emocional y cognoscitiva del desarrollo humano. La “Salud Infantil y Adolescente” está íntimamente relacionada con el entorno físico y cultural, con el contexto socio-económico y con el uso de los servicios sanitarios, como los hospitales. La buena salud, desde la vida pre-natal hasta la adolescencia es un recurso para el desarrollo social y económico (6).

3.1.4. ¿Qué entendemos por “derechos de los Niños”?

Los niños son titulares de derechos (8): en virtud de su humanidad, los niños tienen derecho y los adultos tienen obligaciones hacia los niños para asegurarse de que estos derechos sean respetados.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños (CRC – “Convention on the rights of the Child”) (9) ha codificado los derechos de los niños un tratado de derechos humanos internacional. La Convención proporciona un marco comprensivo de derechos que permite un enfoque integral para fomentar el bienestar de los niños.

La CRC fomenta una filosofía de respecto hacia los niños, reconoce a los niños como sujetos de derechos legales, cuestiona la concepción tradicional de los niños como receptores pasivos de cuidados y protección e insiste en que los niños tienen derecho a tener sus necesidades cubiertas y por ello impone obligaciones a los adultos.

Reconoce que todos y cada uno de los niños, sin discriminación, tienen determinados derechos básicos:

- **Derechos sociales:** El derecho a la vida y a una supervivencia y desarrollo óptimos, a la mejor salud y acceso a asistencia sanitaria posibles, a la educación, a jugar, a una vida familiar, salvo que esto no sea lo mejor para el niño.
- **Derechos económicos:** El derecho a un nivel de vida adecuado para un correcto desarrollo, a beneficiarse de la seguridad social, el derecho a la protección frente a la explotación económica.

- **Derechos Culturales:** El derecho a ser respetado por su idioma, cultura y religión, a la abolición de prácticas tradicionales que puedan ser perjudiciales para la salud del niño.
- **Derechos Protectores:** El derecho a la promoción de lo mejor para el niño, a la protección frente a la explotación sexual, frente a los conflictos armados, frente a las drogas dañinas, frente al abuso y al abandono, al cuidado rehabilitador tras una situación de abandono, explotación o abuso.
- **Derechos civiles y políticos:** El derecho a ser oídos y a ser tomados en consideración, a no ser discriminados en el ejercicio de derechos por ninguna razón, a la libertad de expresión, a la privacidad, a la información, al respeto por su integridad física y personal y a no sufrir ninguna forma de violencia o trato cruel, inhumano o degradante.

Hay cuatro principios clave que deben tenerse en cuenta al implementar todos los demás derechos:

- El derecho a la no discriminación por ningún motivo.
- El deber de fomentar lo mejor para los intereses del niño.
- El derecho a la vida y a una existencia y desarrollo óptimos.
- El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio, de acuerdo con su edad y madurez.

La CRC fomenta una filosofía de respeto a los niños. Al mismo tiempo que reconoce que los niños tienen derecho a una protección y cuidado especiales, también insiste en que tienen derecho a participar, según su edad y competencia, en la protección de sus propios derechos. La CRC nos desafía a replantearnos la percepción tradicional de los niños como meros receptores de la protección de los adultos y a empezar a aceptarles como actores sociales con derechos a lo que hay que escuchar y tomar en serio por su propio derecho. Este desafío tiene implicaciones significativas para la forma en la que los adultos se relacionan con los niños, como padres, profesores, dirigentes y políticos, periodistas y profesionales de la salud (10).

La Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) – adoptada por las Naciones Unidas en noviembre de 1989, ha sido hasta el momento ratificada por todos los gobiernos, salvo el más rico, Estados Unidos de América, y uno de los más pobres, Somalia.

Cuando un gobierno ratifica la CRC, se establecen tres obligaciones clave:

1. Poner en práctica los Derechos de la Convención sin discriminación para todos los niños.
2. Hacer que la Convención sea ampliamente conocida tanto por los niños como por los adultos.
3. Informar de forma regular al Comité sobre Derechos del Niño.

El Comité anima a las organizaciones no gubernamentales (ONGs), coaliciones y otros cuerpos de expertos a presentarle información para hacer el escrutinio más minucioso posible sobre hasta qué punto los derechos de los niños están siendo respetados en un determinado país. El Comité elabora unas “observaciones concluyentes” que definen sus recomendaciones al gobierno. Entonces, se cuenta con que el gobierno actúe en relación con estas conclusiones.

Desgraciadamente, no se puede imponer sanciones contra los gobiernos que violan los derechos de los niños.

La puesta en práctica de los derechos que se contienen en la Convención vaticinaría un cambio fundamental en la situación de los niños de todas las sociedades del mundo y aseguraría su salud y desarrollo y una óptima realización de su potencial (11).

3.1.5. ¿Qué entendemos por “Derechos de los niños en el hospital”?

Los hospitales y los servicios de asistencia sanitaria juegan un papel importante en la tarea de fomentar y asegurar el respeto a los derechos de los niños.

Los que prestan asistencia sanitaria deben demostrar total respecto a los derechos de los niños, tal y como están listados en la Convención de la ONU, y representan un espejo en el que deben mirarse otros entornos de la vida del niño. La mejor manera de demostrar respeto por los niños hospitalizados es adoptar una Carta de derechos de los niños, basada sobre los principios de la Convención de la ONU, con herramientas de evaluación apropiadas. En la CRC existen artículos con principios de importancia para los servicios de asistencia sanitaria y hospitales, como son:

- Artículo 5 – El derecho de los niños a ser respetados por sus habilidades de desarrollo:
 - La obligación del que presta asistencia de explorar con el niño su nivel de entendimiento de cualquier tratamiento propuesto, sus ideas sobre

éste y su competencia para tomar una decisión sobre si consiente el tratamiento o no.

- La necesidad de trabajar en colaboración tanto con los niños como con sus padres, involucrándoles tanto como sea posible en las decisiones de tratamiento.
- Artículo 12 – El derecho a ser escuchados y a ser tomados en serio:
 - El derecho de todos los niños que sean capaces de expresar sus puntos de vista a hacerlo y a comentar todos los asuntos que les afecten.
 - El peso que debe darse a sus puntos de vista de acuerdo con su edad y madurez.
- Artículo 16 – El derecho a la intimidad y respeto a la confidencialidad.

3.1.6. ¿Qué entendemos por “Carta de derechos de los niños en el hospital”?

En muchos países europeos se han comenzado Iniciativas Niño-y-Hospital para fomentar y poner en práctica principios y criterios con el objetivo de reducir el posible trauma de la hospitalización y sus efectos perjudiciales en el bienestar emocional y psicológico de los niños.

En 1988, se reunieron delegados en Leiden para hacer una lista de los derechos de todos los niños durante y después de su estancia en un hospital y redactaron la “Carta Leiden”, posteriormente llamada la “Carta EACH”¹(12).

¹La Carta EACH (European Association for Children in Hospitals).

1. Sólo se ingresará a los niños en hospitales si los cuidados que precisan no pueden ser igualmente proporcionados en casa o durante el día.

2. En el hospital, los niños tendrán derecho a tener a sus padres o a un sustituto de éstos con ellos en todo momento.

3. Se debería ofrecer alojamiento a todos los padres y se les debería ayudar y animar a que se queden. Los padres no deberían tener que incurrir en gastos adicionales ni sufrir una pérdida de ingresos. Para compartir el cuidado de su hijo, los padres deberían ser informados sobre la rutina de la sala del hospital y su participación activa debería ser fomentada.

4. Los niños y los padres tendrán el derecho a ser informados de forma apropiada a su edad y entendimiento. Deberían tomarse medidas para mitigar el estrés físico y emocional.

5. Los niños y los padres tienen derecho a la participación informada en todas las decisiones relativas a su asistencia sanitaria. Deberá protegerse a cada niño de tratamientos médicos e investigaciones innecesarias.

6. Se asistirá a los niños junto con otros niños que tengan las mismas necesidades de desarrollo y no serán ingresados en salas de adultos. No debería haber restricciones de edad en los visitantes de los niños en los hospitales.

7. Los niños tendrán total posibilidad de juego, diversión y educación adaptado a su edad y estado y estarán en un entorno diseñado, amueblado, equipado y con personal que cumpla sus necesidades.

8. Los niños serán asistidos por personal cuya formación y aptitudes les permitan responder a las necesidades físicas, emocionales y de desarrollo de los niños y sus familias.

9. Debería asegurarse la continuidad en la asistencia por el equipo que asiste a los niños.

10. Los niños serán tratado con tacto y comprensión y se respetará su intimidad en todo momento.

Los 10 principios de esta Carta se refieren en muchos aspectos a los derechos de los niños tal y como se estipulan en la Convención de la ONU sobre los derechos del niño (CRC).

La Carta también reconoce las diferentes necesidades emocionales y de desarrollo de los niños dependiendo de su edad.

Más adelante, se redactaron otras Cartas, que reflejaban necesidades y prioridades locales específicas.

3.2. Promoción de la salud en niños y adolescentes como estrategia básica.

3.2.1. ¿Qué entendemos por “Promoción de la Salud”?

La Promoción de la Salud se define en la Carta de Ottawa como “el proceso de capacitar a la gente para aumentar el control sobre su salud y para mejorarla”.

Otras definiciones significativas de “Promoción de la Salud” son:

- “El proceso de capacitar a la gente para aumentar el control sobre los determinantes de la salud y con ello mejorar su salud” (Nutbeam, 1985).
- “La ciencia y el arte de ayudar a la gente a elegir su estilo de vida para avanzar hacia un estado de salud óptima” (O’Donnell, 1989).
- “Un proceso basado en la teoría de cambio social contribuyendo a la meta del desarrollo humano, que se basa en varias disciplinas y aplica conocimientos interdisciplinarios de una forma profesional, metodológica y creativa” (Kickbush, 1997).
- “Una parte integral de la salud pública. La Promoción de la Salud es aquel elemento de la salud pública que se centra en desarrollar condiciones sociales adecuadas no solo para el mantenimiento de la salud, sino para desarrollar una mejor salud que facilite una sociedad próspera, productiva y equitativa” (Mittelmark, 2000).

La promoción de la salud está basada en el concepto de salutogénesis y enfatiza el análisis y desarrollo del potencial de las personas (13).

3.2.2. ¿Qué entendemos por “Promoción de la salud en niños y adolescentes”?

La promoción de la salud en niños y adolescentes son todas aquellas actividades y procesos orientados a capacitarles para aumentar el control sobre su salud, y para darse cuenta de todo su potencial para la salud y el desarrollo. Según la Carta de Ottawa “la salud es creada y vivida por las personas dentro de los entornos de su vida diaria; donde aprenden, trabajan, juegan y aman”, por tanto, se apela a los Departamentos Pediátricos y a los Hospitales para que no sólo realicen actividades de asistencia sanitaria, sino también intervenciones de promoción de la salud.

3.2.3. ¿Qué entendemos por “Estrategia de promoción de la salud en niños y adolescentes”?

Un plan de acción sistemático, dirigido a capacitar a los niños y adolescentes

²La Estrategia Europea de la OMS para la Salud y el Desarrollo Infantil y Adolescente se adoptó por el Comité Regional de la OMS en septiembre de 2005.

Ésta refleja nuestra obligación moral y legal de proteger y fomentar los derechos de los niños.

También señala nuestra consideración de que la inversión en las primeras etapas de la vida tiene un impacto que dura toda la vida, afectando al desarrollo y sostenibilidad económicos y al establecimiento de una sociedad más saludable en el futuro, con todos los beneficios sociales y para la comunidad que esto conlleva.

El objetivo global de la estrategia es:

“Capacitar a los niños y adolescentes de la región Europea para darse cuenta de su potencial total para la salud y el desarrollo, y reducir la carga de enfermedades evitables y de mortalidad”.

Establece tres objetivos:

- *Desarrollar un marco de revisión basada en la evidencia y de mejora de las políticas y programas nacionales para la salud y el desarrollo de niños y adolescentes desde una perspectiva de curso de la vida.*
- *Fomentar la acción multisectorial para tratar las cuestiones de salud principales en relación con la salud infantil y adolescente – la colaboración de fuera del sector de la salud es esencial, considerándose el entorno de la educación y el colegio particularmente importante.*
- *Identificar el papel del sector de la salud en el desarrollo y coordinación de políticas y prestación de servicios para cubrir las necesidades de niños y adolescentes.*

Además, se ha guiado por cuatro principios:

- *El enfoque de curso de la vida - desde la vida prenatal a la adolescencia.*
- *Cuestiones de equidad –centrándose de forma explícita en las necesidades de los más desfavorecidos.*
- *Necesidad de acción intersectorial.*
- *Participación pública y de los jóvenes.*

Se han definido siete áreas de acción prioritarias entre grupos de temas y población:

1. *Madres y neonatos.*
2. *Nutrición.*
3. *Enfermedades transmisibles.*
4. *Lesiones y violencia.*
5. *Entorno físico*
6. *Salud adolescente.*
7. *Desarrollo psicosocial y salud mental.*

para aumentar el control sobre su salud y mejorarla, adaptada y controlada conscientemente, aplicada a nivel internacional y/o nacional y/o local.

Un importante ejemplo de estrategia internacional es la estrategia europea para la salud infantil y adolescente de la OMS² (6).

3.3. El Hospital como marco para la promoción de la salud de niños y adolescentes

3.3.1. ¿Qué entendemos por “Hospitales Promotores de Salud”?

“Un Hospital Promotor de Salud no sólo presta servicios médicos y de enfermería completos de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que abarca los objetivos de la promoción de la salud, desarrolla una estructura organizativa y una cultura promotora de salud, incluyendo papeles participativos y activos para los pacientes y para todos los miembros del personal, se desarrolla para convertirse en un entorno físico promotor de salud y coopera activamente en su comunidad” (14).

La Red de Hospitales Promotores de Salud se centra en cuatro áreas: promover la salud de los pacientes, promover la salud del personal, cambiar la organización para convertirla en un entorno promotor de salud, y fomentar la salud de la comunidad en el área de influencia del hospital (15).

3.3.2. ¿Qué entendemos por “Comunidad de referencia del Hospital”?

Por “Comunidad de referencia del Hospital” entendemos el área de influencia potencial del hospital y los grupos objetivo efectivos.

3.3.3. ¿Qué entendemos por “Promoción de la salud en niños y adolescentes en y por los Hospitales”?

“La promoción de la salud en niños y adolescentes en y por los Hospitales” incluye no sólo las actividades que se realizan para niños y adolescentes debido a su hospitalización, sino también las actividades que se realizan EN los hospitales y las iniciativas llevadas a cabo POR los hospitales dirigidas a ellos (y a sus familiares) en sus entornos de vida. (Ver figura 1 en la página 23).

3.4. Prácticas médicas de promoción de la salud para niños y adolescentes en y por los Hospitales.

3.4.1. ¿Qué entendemos por “Criterios para la Práctica Médica de Promoción de la Salud en niños y adolescentes?”

La Práctica Médica debería orientarse sobre criterios aceptados de Promoción de la Salud:

- Principios orientadores de las iniciativas de promoción de salud, creados por el Grupo de Trabajo Europeo de la OMS sobre Evaluación de la Promoción de la Salud (16): debería ser capacitador, equitativo, participativo, integral, intersectorial, multi-estratégico, sostenible.
- El Modelo de Dominio Interactivo de las Mejores Prácticas Médicas en Promoción de la Salud:

“(Las mejores) prácticas en promoción de la salud son aquellos conjuntos de procesos y actividades que concuerdan con los valores/metas/ética/teorías/ creencias, evidencia y entendimiento del entorno de la promoción de la salud, y que es más probable que consigan los objetivos de la promoción de la salud en una situación dada.” (17)

3.4.2. ¿Qué entendemos por “Prácticas Actuales de Promoción de la Salud para Niños y Adolescentes en y por los Hospitales”?

Una práctica médica que está inspirada por una buena idea innovadora y que en la actualidad es rutina. Carece de evaluación formal y evidencia, pero es “buena” en opinión de las partes interesadas locales.

3.4.3. ¿Qué entendemos por “Buena Práctica en la Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes en y por los Hospitales?”

Una práctica médica que ha mejorado los resultados para los pacientes, el personal y la organización en el tiempo y es corroborado. Proporciona evaluación local (al menos a nivel de la opinión de expertos), pero le faltan datos comparativos con otros hospitales o grupos de control, etc.

3.4.4. ¿Qué entendemos por “la Mejor Práctica en Promoción de la Salud de Niños y Adolescentes en y por los Hospitales”?

Una práctica médica que tiene resultados probados, basada en un análisis concienzudo, en evidencia estadística y en resultados que pueden ser medi-

dos, y que se considera el grado óptimo para los pacientes, el personal y la organización. Es cuando se ha llevado a cabo una evaluación formal (estudio no experimental) que incluye comparativa con otras prácticas y compañeros. Es la considerada mejor práctica médica por acuerdo a nivel local, nacional o internacional, considerada el grado óptimo, basada en una detallada comparación de prácticas.

3.4.5. ¿Qué entendemos por “Comunidad de Práctica” (CoP – “Community of Practice”)?

Una “Comunidad de Práctica”, en general, se define por medio de tres dimensiones:

- Trata de una empresa conjunta compartida y continuamente renegociada por sus miembros.
- Funciona por el compromiso mutuo, que se une a los miembros en una entidad social.
- Tiene la capacidad de compartir el repertorio de recursos comunales (rutinas, sensibilidades, artefactos, vocabulario, estilos, etc.) desarrollados por los miembros en el tiempo (18).

Una Comunidad de Práctica permite el acceso y el intercambio de información, de conocimientos y experiencias entre personas interesadas en asuntos comunes.

3.4.6. ¿Qué entendemos por “Comunidad de Práctica En Línea”(OLCoP – “Online Community of Practice”)?

Por “Comunidad de Práctica en Línea” entendemos la Comunidad de Práctica que se relaciona a través de sistemas de información (con capacidad para almacenar, procesar y comunicar información). La Comunidad de Práctica en Línea amplía los campos de las actividades de comunicación, comparación de datos evidencia, comparativa de experiencias, intercambio de acción común. En este sentido, “los médicos necesitan comprender los mecanismos y procesos que apuntalan las decisiones de los miembros de compartir lo que saben”(19).

3.4.7. ¿Qué entendemos por “Comunidad de Práctica En Línea en HPH-CA”?

Por “Comunidades de Práctica en Línea en HPH-CA” entendemos las Comunidades de Práctica en Línea, como parte de la Red de HPH, en las que tiene lugar la comparación, el intercambio de conocimiento y las prácticas en rela-

ción con los asuntos de promoción de la salud de niños y adolescentes en y por los hospitales.

3.5. Evidencia en promoción de la salud

3.5.1. ¿Qué entendemos por “Evidencia”?

El concepto de cambios “basados en la evidencia” en relación con distintos paradigmas científicos³.

La “**Evidencia**” es “Algo que hace otra cosa evidente” (McQueen, 2000).

“Información que se usa para la toma de decisiones” (B. Kahan, M. Goostadt, 2002).

“Conclusiones de la investigación y otros conocimientos que pueden servir como base útil para la toma de decisiones en salud pública y asistencia sanitaria” (Oficina Regional para Europa de la OMS, Manual para el trabajo basado en la evidencia y redacción de estudios de casos prácticos, Copenhague, 2005).

“**Basado en la evidencia**” se refiere “al proceso por el que los expertos usan criterios aceptados comúnmente para valorar los resultados de una intervención y llegan a un consenso de que las conclusiones son creíbles y pueden ser corroboradas” (Nutbeam, 1999).

La “**Medicina basada en la Evidencia**” (**EBM** – “Evidence-based Medicine”) es “el uso consciente, explícito y sensato de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre la asistencia a cada paciente. La práctica de la medicina basada en la evidencia supone integrar la pericia clínica individual con la

³El marco conceptual de la ciencia del siglo XXI proporciona dos perspectivas en relación con el concepto de evidencia:

- La concepción Cartesiana, también compartida por Galileo y Newton. Esta concepción está orientada al estudio de fenómenos que pueden ser medidos y cuantificados. Este paradigma está basado en la certeza del conocimiento científico.

- El nuevo paradigma sistemático afirma que todas las teorías y conceptos científicos son limitados y aproximados. La ciencia no puede proporcionar ninguna comprensión completa y definitiva, pero proporciona un “conocimiento aproximado”. Puesto que es alcanzable, es una fuente de confianza y fuerza, más que de frustración (20). El conocimiento aproximado justifica el uso del concepto de “basado en la evidencia”, incluso en los contextos muy complejos, como la promoción de la salud.

mejor evidencia clínica externa disponible desde la investigación sistemática” (Sackett et al, 1997).

La **“Práctica médica basada en la Evidencia” (EBP – “Evidence-based Practice”)** es un “proceso total que empieza por saber qué preguntas clínicas hacer, cómo encontrar la mejor práctica y cómo valorar críticamente la evidencia para decidir su validez y aplicabilidad a la situación sanitaria concreta. La mejor práctica debe entonces ser aplicada por un médico con pericia en tener en cuenta los valores y necesidades únicas del paciente. El aspecto final del proceso es la evaluación de la efectividad de la asistencia y la mejora continua del proceso” (De Palma, 2000).

3.5.2. ¿Qué entendemos por “Evidencia en Promoción de Salud”?

La Asamblea General de la OMS de 1998 instó a todos los países miembros a adoptar un enfoque “basado en la evidencia” para la promoción de la salud. Sin embargo, lo que se entiende por enfoque “basado en la evidencia” en el contexto de la promoción de la salud no es obvio. El concepto de evidencia tiende a ser relacionado con disciplinas concretas, y la promoción de la salud es multidisciplinar por naturaleza. El debate sobre el significado de “Evidencia en Promoción de Salud” ya está abierto: las indicaciones más autorizadas en este asunto señalan tanto la necesidad de su definición, como la precaución en su uso.

David V. McQueen señala que la promoción de la salud usa una mezcla de enfoques y comenta que la “Evidencia” puede entenderse como derivada de la observación sistemática, en ocasiones durante un periodo de tiempo largo; la observación como evidencia a menudo se vincula a la noción de datos como evidencia y este uso es bastante común en la salud pública. Se han adoptado muchos criterios en la práctica de la promoción de salud; es un reto para el nuevo siglo fomentar y desarrollar criterios de gran calidad, ampliamente reconocidos y aceptables para la evaluación basada en la evidencia (21).

Para otros autores, la Promoción de la Salud basada en la Evidencia puede definirse como el proceso de buscar fuentes, evaluar y aplicar conclusiones de investigación contemporáneas de forma sistemática, como base para las decisiones en la práctica de la promoción de salud. La práctica de la Promoción

de Salud basada en la Evidencia debe recurrir a principios y teorías sensatas de buena práctica médica establecidas por la investigación (22). Teniendo en cuenta las recomendaciones del Grupo de Trabajo de la OMS sobre Evaluación de la Promoción de la Salud (16), entendemos que la “Evidencia en Promoción de la Salud”:

- es un campo en evolución.
- puede hacer una importante contribución a la práctica de la promoción de salud.
- sufre de escasez de evidencia sobre la efectividad de las iniciativas.
- implica una amplia gama de enfoques y modelos.
- emplea una amplia gama de disciplinas y enfoques de ciencias sociales.
- se construye sobre una variedad de modelos de planeamiento.
- requiere que la teoría y otras conceptualizaciones sean efectivas.
- ofrece varios papeles potenciales a los evaluadores/investigadores.

Normalmente, la evidencia se divide en las siguientes categorías:

- 1a. Evidencia del metaanálisis de pruebas controladas aleatorias.
- 1b. Evidencia de al menos una prueba controlada aleatoria.
- 2a. Evidencia de al menos un estudio controlado sin aleatoriedad.
- 2b. Evidencia de al menos un estudio cuasi-experimental de otro tipo.
3. Evidencia de estudios descriptivos, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de control de casos.
4. Evidencia de informes de comités de expertos u opiniones o experiencias clínicas de expertos respetados, o ambos.

La promoción de la salud debería basarse en una evidencia de alto nivel, es decir, de nivel 1a, 1b ó 2a, siempre que sea posible. La evidencia más débil puede usarse para describir buena práctica clínica en la promoción de la salud en los hospitales, pero cuando no haya evidencia de categoría 1a a 2a, debería considerarse la importancia de establecer nueva evidencia (23).

3.5.3. ¿Qué entendemos por “Evidencia de Promoción de la Salud en Niños y Adolescentes en y por los Hospitales”?

A la vista de lo anterior, proponemos que se entienda por “Evidencia de Promoción de la Salud en Niños y Adolescentes en y por los Hospitales” un enfoque multidisciplinar:

- Dirigido a motivar y capacitar a los niños y adolescentes a que logren el control y la mejora sobre su estado de salud.
- Implicando a los pacientes jóvenes, a sus familiares y a su comunidad de referencia.
- Colaborando con el sistema de salud local (esto es, atención primaria), con instituciones locales (es decir, colegio y otros servicios educativos, sistema de protección de menores) y con organizaciones civiles (esto es, asociaciones locales, ONGs).
- Adoptando métodos de asociación y participación.
- Demostrando la efectividad perceptible basada en las acciones llevadas a cabo.

4. Enfoques de referencia

4.1. Enfoque ecológico: los entornos de vida de los niños y la promoción de la salud en y por el hospital.

Según el modelo ecológico de desarrollo humano de Bronfenbrenner (24), el ambiente que interactúa con el niño puede definirse a través de cuatro niveles organizados sobre la base de una intensidad creciente de relaciones:

- El micro-sistema, compuesto de los distintos contextos físicos de vida, la gente que vive en éstos y las actividades que realizan como parte de ese sistema.
- El meso-sistema, basado en las relaciones entre los microsistemas en los que vive el niño y la relación entre su casa, el colegio, la ciudad, la guardería, el vecindario, etc.
- El ecosistema, representado por las relaciones entre aquellos entornos en los que el niño no participa activamente, pero en que las condiciones influyen la calidad de vida del niño: el lugar de trabajo de los padres, el horario del colegio, el planeamiento de la ciudad, etc.
- El macro-sistema, caracterizado por el contexto social, cultural, institucional, así como por el entorno físico y climático, incluyendo los eco, meso y microsistemas

El enfoque Ecológico de los entornos de vida de los niños desde la perspectiva de la promoción de la salud (25) está claramente ilustrado en la figura 1.

El entorno del hospital es, en determinado momento, el principal micro-sistema del niño y representa un contexto extremadamente interesante desde el punto de vista de promoción de la salud en niños y adolescentes mientras se encuentran en el hospital. La hospitalización tiene el potencial de transformar un episodio, que es frecuente que se experimente como traumático con efectos psicológicos, en un proceso que merece la pena con una oportunidad de por vida para el aprendizaje, crecimiento y desarrollo personal.

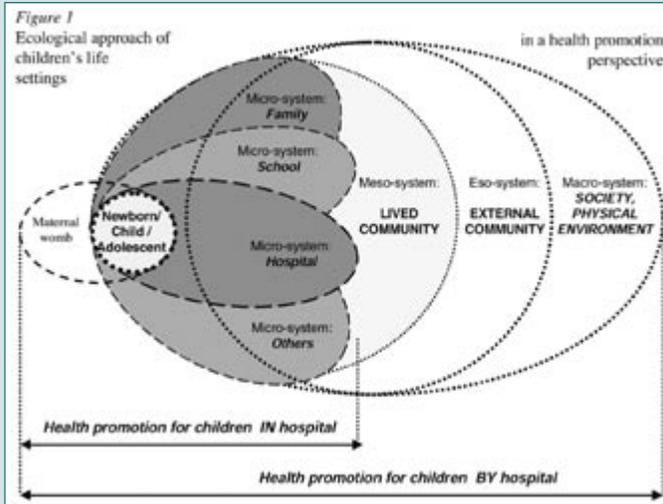


Figura 1

4.2. Enfoque del Curso de la Vida: etapas de la vida y grupos objetivo para la promoción de la salud.

“El enfoque del curso de la vida refleja el principio de que el apoyo prestado a los niños afectará a su bienestar inmediato y también tendrá un impacto en su salud y desarrollo más adelante en su vida”. (5)

La fuerte correlación entre las primeras décadas de vida, la infancia temprana, la niñez, la adolescencia y la edad adulta, sugiere la necesidad de llevar a cabo actividades de promoción de salud “continuas” en todas las etapas del ciclo vital, pensándolas y planeándolas para grupos objetivo específicos.

Teniendo en cuenta las fases del crecimiento físico y psicosocial y en particular la teoría de Piaget del desarrollo cognitivo, la estrategia europea de la OMS para la salud y el desarrollo de niños y adolescentes, y la experiencia de los hospitales implicados en actividades de promoción de la salud, es posible identificar varios grupos objetivo para las actividades HPH-CA:

- A) Futuros padres.
- B) Padres de niños y adolescentes hospitalizados.
- C) Niños hospitalizados con enfermedades agudas.

- D) Adolescentes hospitalizados con enfermedades agudas.
- E) Niños hospitalizados con enfermedades graves/crónicas.
- F) Adolescentes hospitalizados con enfermedades graves/crónicas.
- G) Niños como visitantes.
- H) Personal del hospital.
- I) Comunidad de referencia del hospital.

La figura 2 muestra una síntesis de los grupos objetivo de las actividades de promoción de la salud desarrolladas por los hospitales, en una perspectiva de curso de la vida.

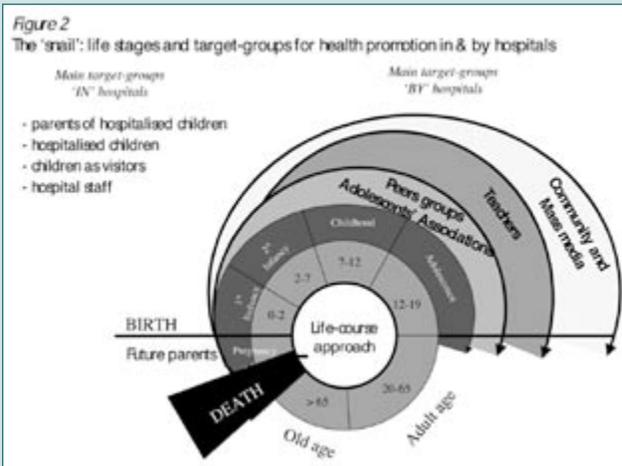


Figura 2

5. Principios clave de la promoción de la salud para niños y adolescentes

Tres principios clave son particularmente relevantes para la promoción de la salud de niños y adolescentes en y por los hospitales:

- **Principio de la vulnerabilidad:** el niño es muy sensible a acontecimientos estresantes, especialmente si implican una separación de su entorno normal, como es el caso cuando un niño es hospitalizado. Cuando el niño no está protegido de forma adecuada en esta situación, el o ella puede mostrar señales de regresión en áreas del desarrollo físico, mental y relacional.

Si la hospitalización es inevitable, entonces es necesario tratar la vulnerabilidad del niño en esta situación.

Las intervenciones en promoción de la salud constituyen un elemento que ayudará al niño o adolescente a superar la vulnerabilidad, y a reforzar las capacidades de afrontamiento y resistencia también durante condiciones de estrés y dolor.

- **Principio de la empatía:** la promoción de la salud en niños y adolescentes en y por los hospitales debería implicar la participación de los padres y la familia, como recurso fundamental para la mejora de la salud global del niño. En la relación triangular niño-padres-personal, la primera prioridad es la gestión de los sentimientos y las emociones para establecer un clima de confianza mutua, de bienestar para el niño-paciente, creando una relación positiva como parte de la intervención de promoción de la salud.

Las intervenciones de promoción de salud efectivas sólo son posibles si hay confianza en la relación entre todas las partes implicadas.

- **Principio de correspondencia:** las actividades de empoderamiento para la salud dirigidas al niño tienen que corresponderse con su estado de desarrollo, siguiendo el enfoque del curso de la vida. La intervención de promoción de salud llevada a cabo en los primeros años de vida confiere beneficios para la salud durante todo el curso de la vida.

Sólo es posible realizar intervenciones de promoción de salud efectivas, cuando hay un reconocimiento del nivel de desarrollo cognitivo del niño/adolescente.

Desde la perspectiva de Piaget (26), cada etapa del desarrollo se caracteriza por las habilidades cognitivas, que influyen la habilidad del niño para comprender los conceptos de salud y enfermedad. Usando la descripción de Piaget de las diferentes etapas del desarrollo, Clarke y Harrison (27) han elaborado las siguientes recomendaciones para el personal de hospital, teniendo en cuenta las necesidades de los niños:

- Etapa sensoriomotora (aproximadamente de 0-2 años): la existencia del niño se centra en sus padres, quienes encarnan la seguridad. Los niños no deberían ser separados de sus padres durante el periodo de enfermedad. Una preparación apropiada de los padres es esencial, para limitar la transmisión de la ansiedad de los padres al niño.
- Etapa pre-operacional (aproximadamente de 2-7 años): una de las transiciones más importantes es el cambio de ser totalmente egocéntrico a la conciencia social y la habilidad de considerar otros puntos de vista. Las explicaciones tienen que ser simples y honestas.
 - Durante la etapa preconceptual (aproximadamente 2-4 años), los niños son conscientes de que algo va mal, y deberían ser animados a expresar sus sentimientos. La información puede comunicarse mediante juegos, títeres, muñecos y dibujos. Debería prepararse a los niños para un acontecimiento estresante en un momento tan próximo a dicho acontecimiento como sea posible, puesto que demasiado tiempo puede aumentar la ansiedad.
 - Durante la etapa intuitiva (aproximadamente de 4-7 años), el pensamiento de los niños a menudo se describe como mágico. Los niños pueden sentirse culpables y responsables. Pueden creer que sus actos han causado la enfermedad. Debería permitirse a los niños hacer preguntas y animarles a comunicar sus sentimientos verbalmente o no verbalmente, en la forma de dibujos y juegos de rol. Hay que darles

abundante tiempo para expresar sus emociones y para revelar cualquier idea equivocada sobre el tratamiento planeado. Lo que los niños oyen, ven y huelen les debería ser explicado y, cuando se vayan a usar equipos médicos, deberá darse un énfasis positivo a su uso y dejar claro que dichos equipos están ahí para ayudar. La preparación para tratamientos estresantes es mejor hacerla horas, y no días, antes del tratamiento.

- Etapa operacional concreta (aproximadamente de 7-12 años): es el comienzo del pensamiento lógico. Los niños son capaces de escuchar, pero con frecuencia son reacios a hacer preguntas. Puede que asientan con la cabeza para parecer mayores y puede que necesiten tiempo para explicar lo que ellos entienden. Es necesario explicarles el propósito del equipo médico, ya que disfrutan aprendiendo terminología científica.

La comunicación de la información puede hacerse a través del uso de modelos, dibujos y simples diagramas. La preparación es de ayuda entre un día y varios días antes del tratamiento, ya que esto permitirá que el niño se prepare y se sienta en control.

- Etapa operacional formal (aproximadamente desde los 12 años): los niños están empezando a pensar de forma abstracta. Son capaces de percibir la realidad y los resultados de la enfermedad. A medida que aumentan la edad y la experiencia, también lo hacen la ansiedad y la alarma y la negación es, por ello, la estrategia más frecuente para afrontarlo. La información debería darse de forma sensible, porque los adolescentes reaccionan no sólo a los que se les dice, sino también a la forma en la que se les dice. Es necesario preguntar sutilmente qué es lo que el adolescente sabe y qué es lo que no sabe, ya que son muy aprensivos sobre las percepciones que la gente tiene de ellos. La preparación anticipada es esencial para facilitar las estrategias de afrontamiento de los adolescentes. Se debería dar a los adolescentes algún tiempo en privado para respetar su necesidad de ejercitar su independencia de sus padres.

6. Reconocimientos

Este documento ha sido preparado gracias también a las ideas y contribución de:

- Mila Garcia Barbero (Oficina Europea de la OMS, Políticas, Sistemas y Servicios de Países, División de Apoyo de Países).
- Oliver Gröne (Oficina Europea de la OMS, Políticas, Sistemas y Servicios de Países, División de Apoyo de Países).
- Jürgen Pelikan (Director General, L. Boltzmann Institute, Viena, Austria).
- Paolo Morello Marchese (Director, A. Meyer University Children's Hospital, Florencia, Italia y Coordinador de la Red de Hospitales Promotores de Salud de la Toscana, Italia).
- Ann O'Riordan (Directora, Red de Hospitales Promotores de Salud irlandesa).
- Éva Mramurácz (Instituto Nacional de Salud Infantil, Budapest, Hungría).
- Nuria Serralonga Tintore (Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona, España).
- Tiiu Harm (Coordinador, Red de Hospitales Promotores de Salud de Estonia).

Gracias especialmente a Cathy Hennebry (Children's University Hospital, Temple Street, Dublín, Irlanda) y a James E. Robinson (Royal Hospital for Sick Children, Lothian University Hospitals, Edimburgo, Reino Unido) por editar la versión en inglés.

7. Referencias

- (1) Aujoulat I, Simonelli F, Deccache A. Health promotion needs of children and Adolescents in hospitals: A review, *Patient Education and Counseling*, 2006, Vol. 61(1): 23-32.
- (2) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986.
- (3) Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en Mundo Globalizado, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
- (4) Whitehead M. The concept and principles of equity and health, Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, 1990.
- (5) Indicaciones Estratégicas para Mejorar la Salud y el Desarrollo de Niños y Adolescentes, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud y Desarrollo de Niños y Adolescentes (CAH), 2003.
- (6) Estrategia europea de la OMS para la salud y el desarrollo infantil y adolescente, Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, 2005.
- (7) Belli P, Appaix O. The Economic Benefits of investing in Child Health, Health Nutrition and Population, Banco Mundial, 2003.
- (8) Comité de Derechos del Niño – General comment No. 7 (2005) – Implementing child rights in early childhood, Ginebra, 12-30 Septiembre 2005.
- (9) Convención sobre los Derechos del Niño. UN GA Res 44/25. Disponible en: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>. Acceso el 4 de noviembre de 2002.
- (10) Spencer N. Social, Economic and Political Determinants of Child Health. *Pediatrics* 2003; 112:704-706.
- (11) Goldhagen J. Children's Rights and the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Pediatrics* 2003; 112:742-745.

- (12) Carta EACH, Asociación Europea para Niños en Hospitales, Leiden, 1988.
- (13) Antonovsky A. Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well, San Francisco, Jossey Bass, 1987.
- (14) García Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajić K, Lobnig H. (Ed.) Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications, 1998: 27-30.
- (15) Gröne O. Health promotion in hospitals – From principles to implementation. In: Gröne O, García Barbero M. (Ed.) Health promotion in hospitals: Evidence and quality management, Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2005: 3.
- (16) Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. (2001): Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen: WHO. WHO Regional Publications. European Series; No. 92: 4-5.
- (17) Goodstadt M, Kahan B. (2001): The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion, Health Promotion Practice, Vol. 2, No. 1: 43-67.
- (18) Wenger E. Communities of Practice. Learning as a social system, Systems Thinker, 1998.
- (19) Sharrat M, Usoro A. Understanding Knowledge-Sharing in Online Communities of Practice. Electronic Journal on Knowledge Management, Vol. 1, 2, S. 187-196, 2003.
- (20) Capra F. The Web of life, Anchor book, New York, 1996.
- (21) McQueen DV. Strengthening the evidence base for Health Promotion, 2000.
- (22) Rimer BK, Glanz K, Rasnabd G. Searching for Evidence about Health Education and Health Behaviour Interventions, 2001, citado por Wong M. L. Evidence based Health Promotion: applying it in practice, 2002.

- (23) Tønnesen H, Fluheholm AM, Jørgensen SJ. Evidence for health promotion in hospitals, in Gröne O, García Barbero M. (Ed.) Health promotion in hospitals: Evidence and quality management, World Health Organisation European Office, Copenhagen, 2005: 22-23.
- (24) Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design, 1979.
- (25) Simonelli F, Caldés MJ, Majer K. Bambini e promozione della salute: una rappresentazione secondo il modello ecologico, Educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 29, 2004.
- (26) Piaget J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant, International University press, New York, 1936.
- (27) Clarke C, Harrison D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. Journal of Advanced Nursing. 2001, Vol. 34(1): 61-68.



Regional Health Service
of Tuscany, Italy



Health Promoting
Hospitals (HPH)
Network of Tuscany, Italy



Health Promotion Programme at
A. Meyer University Children's
Hospital, Florence, Italy



**Gobierno
de Canarias**
Consejería de Sanidad