

# LA EPIDEMIOLOGÍA Y EL FOMENTO DE LA SALUD: UNA PERSPECTIVA CANADIENSE<sup>1</sup>

Franklin White<sup>2</sup>

*Durante la segunda mitad de este siglo, el Canadá ha logrado importantes avances en la organización de programas de atención médica y hospitalaria para toda la comunidad. Si bien estos adelantos han eclipsado en gran medida los problemas de salud pública, ahora se está concentrando nuevamente la atención en la salud pública y se hace hincapié en el fomento de la salud como principio rector. La epidemiología ha desempeñado una función esencial en estos progresos. No obstante, cuando tratamos de abordar cuestiones tales como el incremento de la capacidad de las personas para hacer frente a los problemas, una política oficial sana y el cuidado de la propia salud, nos encontramos con una información limitada. En consecuencia, ahora es necesario que la epidemiología integre conceptos originados en las ciencias sociales y del comportamiento y también que aplique nuevas mediciones, funcionales y obtenidas mediante autoevaluación, del estado de salud. Es esencial utilizar un método científico para todos estos aspectos, especialmente para la formulación y evaluación de medidas de fomento de la salud. Además, se requieren metas y objetivos nacionales de salud que permitan asignar en forma racional los recursos y mantener actividades de fomento de la salud que avalen los resultados.*

Tengo muy presentes las palabras de un colega que, al referirse al financiamiento de la atención de salud en el Canadá durante un seminario realizado hace poco en el Brasil, señaló que "las características de los servicios de salud están tan firmemente arraigadas en la historia y la cultura de los países, que tienden a autodestruirse cuando son exportadas" (1). Aunque soy consciente de ello, espero que resulte interesante esta descripción de la experiencia canadiense.

Como indica la Declaración de Alma-Ata (2), la epidemiología y el fomento

de la salud armonizan totalmente con el concepto de atención primaria de salud en su sentido más amplio. Sin embargo, para poder apreciar la función de la epidemiología en el fomento de la salud en el Canadá, es necesario conocer algo de la historia, la estructura y las prioridades del sistema canadiense de atención de salud.

## ANTECEDENTES

Desde que se estableció la Confederación del Canadá en 1867, la mayoría de los servicios de salud del país han sido responsabilidad de los 10 gobiernos provinciales. Si bien el Departamento Nacional de Salud y Bienestar Social tiene la obligación de velar

<sup>1</sup> Se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 23, No. 4, 1989, con el título "Epidemiology in health promotion: A Canadian perspective". Presentado en el Segundo Seminario Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrado en La Habana del 10 al 12 de noviembre de 1988.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud, Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Dirección postal: 16-18 Jamaica Boulevard, Federation Park, Port-of-Spain, Trinidad y Tabago.

por la salud de todos los canadienses, la responsabilidad federal directa se ha limitado a aspectos que se considera afectan al interés nacional, tales como las medidas de fiscalización de alimentos y fármacos, las cuarentenas y la inmigración, ciertos aspectos de la protección ambiental y, hasta hace poco, la salud de las poblaciones indígenas y los servicios de salud en los territorios del Noroeste y del Yukon. Además, el Gobierno federal mantiene un número considerable de personal especializado en epidemiología y estadísticas de salud que colabora cada vez más en la creación de políticas, programas e investigaciones.

A pesar de que carece de autoridad en cuanto al establecimiento real de servicios provinciales de salud, el Gobierno federal ha cumplido una función rectora en la formulación de las políticas y el financiamiento. Acuerdos de participación en los costos permitieron a las provincias adoptar planes de seguros de atención hospitalaria en los años cincuenta y, para comienzos de los setenta, todas ellas habían establecido también el seguro de atención médica. A nivel nacional se determinaron los siguientes principios: universalidad, movilidad, asequibilidad, integridad y administración oficial sin cargos directos. Los métodos de financiamiento, que han variado según la provincia, están constituidos por una combinación de seguro administrado por el sector público, impuestos y acuerdos de participación en los costos entre los gobiernos federal y provinciales. El control de los costos no desmerece en la comparación con lo efectuado en la mayoría de los países occidentales.

Si bien el Canadá ha logrado estos importantes avances en la organización de la atención de las enfermedades, el estado de salud es determinado principalmente por el ambiente y la forma de vida de las personas. Por consiguiente, las características socioeconómicas y de la morbilidad están muy vinculadas. Nuestros estilos de vida incluyen el hábito de fumar, el consumo de alcohol, la alimentación rica en grasas y el sedentarismo; estamos aquejados por males que nosotros mismos hemos provocado, tales

como las cardiopatías, el cáncer del pulmón, los accidentes de tránsito y la epidemia del SIDA; además, nuestra sociedad envejece con rapidez en un momento en que las estructuras tradicionales de la familia y la comunidad son menos seguras que en el pasado.

En contraste con los programas de atención médica y hospitalaria antes mencionados, y a pesar de que hace mucho tiempo todas las provincias canadienses se comprometieron a sostener servicios de salud pública, no se establecieron incentivos explícitos para la participación en los costos. En parte como consecuencia de esto, durante buena parte de los últimos 40 años el debate político acerca del desarrollo de programas de seguro médico y hospitalización ha eclipsado en gran medida los problemas de salud pública. Esta situación ha venido cambiando, lentamente durante los años setenta y con más rapidez en los ochenta, al menos en lo concerniente a la política declarada.

El nuevo interés en la salud pública ha sido impulsado por varios factores: el reconocimiento de que es poco probable que se obtengan otros avances significativos en el estado de salud mediante el simple aumento de la inversión en el tratamiento de las enfermedades; la atención dedicada a acrecentar al máximo el rendimiento de la inversión en políticas y servicios de salud; la mayor credibilidad de los métodos preventivos y orientados a la comunidad; el envejecimiento de la población, que ahora se interesa más en considerar la salud en función de la independencia personal y la capacidad para actuar; y un número creciente de votantes que abogan por una vida sana.

# HITOS RECIENTES

El más significativo de los acontecimientos recientes vinculados con las políticas federales de fomento de la salud fue la divulgación, en 1974, del informe de Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians [Nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses]* (3). Este documento propuso el concepto de "campo de salud", que asigna el mismo valor a cuatro amplios elementos de la salud: la biología humana, el medio, los estilos de vida y la organización de la atención de salud. El informe suscitó grandes debates a nivel nacional e internacional y destacó el hecho de que hemos dedicado la mayor parte de nuestra atención a solo dos elementos: la biología humana (a través de las ciencias biomédicas) y el desarrollo de la organización de la atención de salud. Se han desatendido los estilos de vida y el ambiente.

Otro acontecimiento importante fue la creación del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico de Salud (GTEPS). Desde 1980, este organismo ha publicado una serie de pautas para evaluar los datos concernientes a las actividades de prevención en la práctica clínica (4). Abordaré este aspecto más adelante.

También tuvo trascendencia la divulgación, en 1984, de un informe auspiciado por la Asociación Médica Canadiense sobre la asignación de los recursos para la atención de salud (5). Este informe fue importante no solo porque señalaba la necesidad de modificar el enfoque de las actividades para concentrarlas en la prevención, el fomento de la salud y las necesidades de los ancianos, sino también porque fue auspiciado por un organismo profesional tradicionalmente poderoso y alcanzó gran notoriedad.

Las modificaciones presupuestarias se producen con más lentitud. En 1977, la sanción de la Ley de Financiamiento de

Programas Establecidos liberó a las provincias de tener que dedicar todos los fondos para costos compartidos de salud a los hospitales y la atención médica, de tal modo que se beneficiaron otras actividades tales como los programas de atención domiciliar y de salud pública. Sin embargo, pasado ya un decenio no hay signos de una modificación importante de los gastos, si bien existen algunos indicios de innovaciones regionales en los servicios de salud basados en la comunidad.

No ahondaré más en la historia reciente. Baste decir que la salud pública está experimentando ahora una renovación y que los principios del fomento de la salud se están convirtiendo en conceptos rectores.

## LA EPIDEMIOLOGÍA EN EL PASADO Y EN LA ACTUALIDAD

Como otros países, el Canadá le debe mucho a la comunidad internacional de epidemiólogos. Hemos adquirido conocimientos gracias a toda la gama de obras publicadas, desde los estudios analíticos y descriptivos clásicos hasta la literatura que explica la creación de nuevos métodos y su aplicación.

¿Cuáles son las funciones de la epidemiología en el fomento de la salud en el Canadá? En mi opinión, son similares a las funciones que desempeña en la prevención y la lucha contra las enfermedades: describir y evaluar las características y la magnitud de los problemas de salud; identificar las causas y generar conocimientos; y contribuir a la planificación y la evaluación de las políticas y los programas. Existen también limitaciones importantes de la epidemiología que se presentarán a medida que esta disciplina aborde los principios y la práctica del fomento de la salud.

El concepto de campo de salud de Lalonde se basó en gran medida en un criterio epidemiológico (3) y tuvo en cuenta las tendencias de la morbilidad y la mortalidad. El conocimiento de la etiología de las

enfermedades, en particular las causas relacionadas con el estilo de vida, puso en perspectiva las limitaciones del tratamiento de las enfermedades y atrajo la atención hacia la prevención y el fomento de la salud. En el capítulo del informe Lalonde titulado "Las limitaciones del enfoque tradicional", se señala: "No hay duda de que el mejoramiento futuro del nivel de salud de los canadienses se basará principalmente en el mejoramiento del medio, la reducción de los riesgos que crean las personas mismas y un mejor conocimiento de la biología humana" (3).

En ese momento, el estado de salud de la población se estimaba usando tres indicadores principales: a) la esperanza de vida y la mortalidad, b) las causas de defunción y c) la morbilidad (medida de manera imperfecta usando los datos sobre hospitalizaciones) (3). Si bien estos indicadores continúan siendo hoy la piedra angular de nuestros sistemas de información sobre salud, hay ahora métodos más complejos y de uso general para analizar la morbilidad y la mortalidad.<sup>3</sup> También se dispone de más información acerca de factores específicos de riesgo y características del estilo de vida.

El análisis de la mortalidad ha progresado gracias al empleo creciente del indicador de los Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP). Si bien el desarrollo moderno de los AVPP ha sido en gran medida promovido en el Canadá, aparentemente sus orígenes se remontan a la obra *Political Arithmetic* [*Aritmética política*] de Petty, publicada en 1687 (6, 7). De todos modos, los AVPP que resultan de una determinada causa equivalen a la suma de los años adicionales que hubieran vivido todas las personas que mueren por esa causa si hubieran alcanzado la esperanza normal de vida, dividida por el número de personas que integran la población particular estudiada. Los AVPP destacan la pérdida para la sociedad que provocan las muertes en la juventud o prematuras. Así, los accidentes

de tránsito, que las cifras de mortalidad estandarizadas según la edad señalaron como la séptima causa principal de defunción entre los varones y la octava entre las mujeres en 1985, en realidad ocuparon el segundo lugar en ambos grupos en términos de los años de vida potencial perdidos; esto se debió al predominio de individuos fallecidos alrededor de los 20 años (8). Esta medición sigue siendo motivo de controversias, especialmente por los problemas para decidir qué límites de edad se deben usar. Por ejemplo, al elegir los 85 en lugar de los 75 años para la esperanza de vida, aumentaría la importancia relativa de las enfermedades de comienzo tardío. Si elegimos los 75, ¿implica esto que la vida más allá de esta edad no tiene ningún valor para la sociedad? Igualmente, si en lugar del nacimiento se tomara la concepción como criterio para definir el inicio de la vida, entonces el aborto sería una causa principal de los AVPP.

Las técnicas computadorizadas de conexión de registros, innovaciones iniciadas en el Canadá para el seguimiento de la mortalidad entre las personas que trabajan con la energía nuclear, se han aplicado recientemente a los datos de hospitalización. Ahora podemos distinguir las personas de los episodios y vincular en forma cruzada los archivos de mortalidad; esto permite calcular la relación letalidad/caso en forma progresiva (9, 10). Los métodos usados incluyen el empleo de identificadores comunes y la vinculación probabilística de nombres y fechas de nacimiento. Este último método ha dado buenos resultados en investigaciones en las que no se disponía de identificadores comunes. Estas técnicas prometen ser útiles para evaluar los resultados en cuanto a morbilidad y mortalidad de programas de prevención y fomento de la salud específicamente orientados en los que se han identificado las muestras de población.

<sup>3</sup> Véase Puffer, R. R. Nuevos enfoques para los estudios epidemiológicos sobre estadísticas de mortalidad. *Bol Of Sanit Panam* 107(4):277-295, 1989.

El análisis de la morbilidad se ha acrecentado mediante encuestas regionales y nacionales que están proporcionando nueva información sobre la prevalencia de los factores de riesgo (11). Esto permite la caracterización de diversos grupos —tales como personas discapacitadas, mujeres, grupos de bajos ingresos, varones de edad madura, grupos indígenas, inmigrantes y ancianos— en función de sus tipos de riesgo y en relación con comportamientos tales como el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el ejercicio, los patrones de sueño, los hábitos alimentarios, el empleo de cinturones de seguridad, las inmunizaciones y diversas combinaciones de estos elementos.

La utilización de esas encuestas de salud en el Canadá, que no es un fenómeno nuevo, se inició realmente con la Encuesta Canadiense de Enfermedades efectuada en 1950 y 1951. Lo nuevo es la frecuencia de las encuestas, su contribución a la formulación de políticas y la aplicación de mediciones nuevas, tales como la esperanza de salud, las limitaciones de la actividad y la autoevaluación del estado de salud. En otras palabras, la utilidad de las encuestas aumenta a medida que se dedica más atención a mejorar su validez y confiabilidad.

Me apresuro a agregar que el análisis de los resultados de las encuestas no es en sí mismo suficiente. Más bien, los epidemiólogos deben desempeñar una función principal en la conversión de esos análisis en información que sea útil para quienes formulan las políticas, los planificadores y el común de la gente.

En el pasado, el Gobierno federal dirigió la realización de encuestas nacionales y la información resultante permitió efectuar algunos análisis regionales. No obstante, ahora los departamentos de salud locales y provinciales están tomando la iniciativa (12).

Un ejemplo reciente de esas actividades es la Encuesta de Salud Cardíaca en Nueva Escocia, que proporciona nuevos datos sobre los factores de riesgo de afecciones cardiovasculares (13).

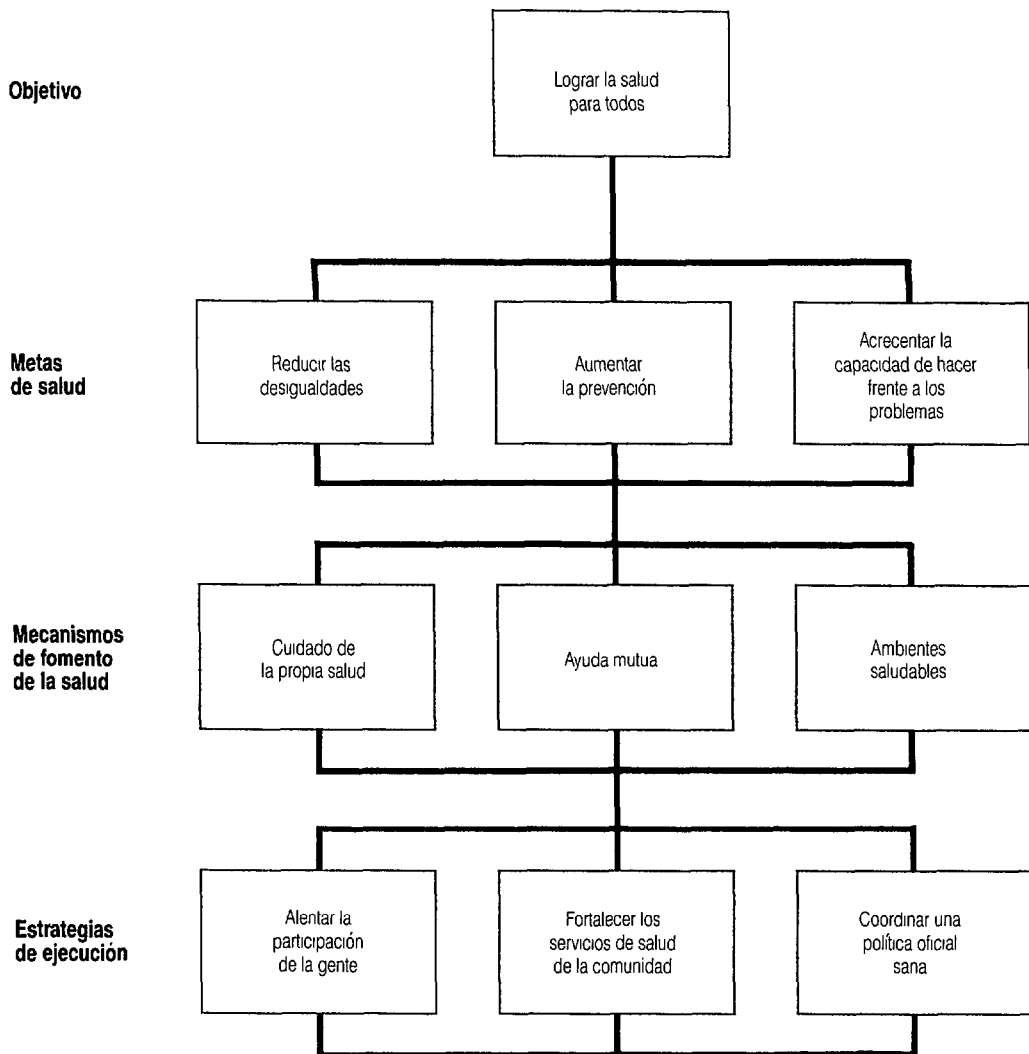
La información epidemiológica ha desempeñado una función muy importante en las incipientes políticas de fomento de la salud en el Canadá. Así, tenemos datos epidemiológicos convincentes sobre las desigualdades (14), pruebas fehacientes de que nuestras enfermedades pueden prevenirse e información adecuada acerca de la prestación y utilización reales de los servicios de salud. Sin embargo, cuando tratamos de abordar metas tales como aumentar la capacidad de las personas para hacer frente a los problemas, estrategias como coordinar una política oficial sana y mecanismos como el cuidado de la propia salud, encontramos que la información es más limitada. Todo esto se complica aun más porque las personas que trabajan en el fomento de la salud están distribuidas en muchas disciplinas y la comunicación es difícil a causa de los conceptos y terminologías diferentes.

## EL FOMENTO DE LA SALUD

Los principios del fomento de la salud en el Canadá tienen mucho en común con los presentados en el documento de la OMS *Health Promotion [Fomento de la Salud]* (15), que posiblemente conozca el lector. No obstante, pocos estarán familiarizados con el equivalente canadiense de este documento, escrito por nuestro Ministro de Salud, el Honorable Jake Epp (16). En dicho artículo se traza un marco general (figura 1) que expresa, de hecho, la respuesta nacional del Canadá al llamado de la Organización Mundial de la Salud a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

En particular, se reconocen como metas específicas las necesidades de 1) reducir las desigualdades, 2) incrementar las actividades de prevención y 3) aumentar la

**FIGURA 1. Marco para el fomento de la salud**



Fuente: Referencia 16.

capacidad de las personas para hacer frente a los problemas. La primera meta se refiere al hecho de que, a pesar de la equidad del sistema de atención de salud, la salud de las personas sigue vinculándose en forma directa con su situación económica. La segunda entraña ir más allá de las actividades de prevención primaria que se originaron en el siglo

XIX (como los servicios de saneamiento y el abastecimiento de agua potable) para encarar de manera más activa comportamientos actuales que implican un alto riesgo. La tercera se refiere explícitamente a ayudar a las per-

sonas con enfermedades crónicas, discapacidades y problemas de salud mental.

Para alcanzar esas metas se proponen tres estrategias relacionadas, a saber, 1) fomentar la participación de la gente, que significa ayudar a las personas a asegurar el control de factores que afectan a su salud (es decir, ayudarlas a ayudarse a sí mismas); 2) fortalecer los servicios de salud de la comunidad, una actividad expresamente dirigida a fomentar la salud y prevenir las enfermedades mediante la asignación de una mayor proporción de los recursos a los organismos de salud de la comunidad; y 3) coordinar una política oficial sana, que implica coordinar todas las políticas que tienen repercusiones directas en la salud, incluidas las relacionadas con la seguridad de los ingresos, empleo, educación, vivienda, actividad de las empresas, agricultura y ganadería, transporte, justicia y tecnología.

Estas metas y estrategias relacionadas entre sí se vinculan dentro de un marco general mediante tres elementos llamados mecanismos de fomento de la salud: 1) el cuidado de la propia salud, 2) la ayuda mutua (o apoyo social) y 3) los ambientes saludables (véase la figura 1). El primero de estos mecanismos se refiere a las decisiones y medidas que toman los individuos en interés de su propia salud, tales como la elección de una alimentación equilibrada, la planificación de las actividades recreativas, hacer ejercicio con regularidad, el empleo de bastones por las personas de edad cuando las aceras están cubiertas de hielo o la autoinyección de insulina por los diabéticos. El documento señala que "estimular el cuidado de la propia salud significa incitar a hacer elecciones saludables" (16).

El segundo mecanismo se refiere a las medidas que toman los individuos para ayudarse mutuamente a enfrentar problemas dentro de sus familias, vecindarios, organizaciones de voluntarios o grupos de autoa-

yuda (16). Se ha comprobado que las personas que reciben apoyo social son más sanas que quienes no lo tienen (17). En el Canadá, las dimensiones y el alcance del movimiento de autoayuda son considerables. En Halifax, ciudad de 250 000 habitantes, un directorio de servicios de la comunidad tiene más de 500 inscritos, la mayoría organizaciones de voluntarios (18).

El tercer mecanismo significa asegurar que existen políticas y métodos para proporcionar a los canadienses un entorno saludable en el hogar, la escuela, el trabajo o dondequiera que se encuentren (16).

Es importante coordinar las políticas dentro del marco general. Por ejemplo, es más probable alcanzar una meta que puede considerarse de responsabilidad individual, como es el abandono del hábito de fumar, si se cuenta con el apoyo de un grupo de autoayuda en una sociedad que ha establecido leyes vigorosas para proteger los derechos de los no fumadores. En este contexto, merece destacarse que el Parlamento canadiense recientemente aprobó una ley que prohíbe la publicidad de los productos de tabaco (la cual está siendo impugnada en los tribunales por la industria tabacalera), y en diversas jurisdicciones oficiales y privadas existen disposiciones que restringen el acto de fumar.

## EL FUTURO DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN EL FOMENTO DE LA SALUD

Para los propósitos del fomento de la salud, la epidemiología en el Canadá debe habérselas con diversos problemas nuevos. Nuestro mejor estado de salud nos ha estimulado a prestar relativamente más atención a las mediciones para autoevaluar el estado de salud que a los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad, mientras que el envejecimiento de nuestra sociedad ha aumentado la importancia de las mediciones funcionales de la salud. Al mismo tiempo, la política de incrementar la participación de

la gente nos exige ir más allá de la evaluación en sí del estado de salud y considerar la competencia de los individuos y las comunidades para intervenir en las decisiones que afectan a su propia salud.

## La autoevaluación del estado de salud

Tradicionalmente, se ha adiestrado a los epidemiólogos para considerar los problemas en forma objetiva. Así, establecemos criterios objetivos para la definición de los casos y otras mediciones estandarizadas y los aplicamos a las poblaciones que se estudian. En general, damos por sentado que nuestro conocimiento profesional es superior a las creencias de los legos en relación con la salud y que nuestra experiencia colectiva anula el fenómeno de la variación individual.

En consecuencia, el concepto total de la autoevaluación de la salud implica volver al punto de partida en el desarrollo de la epidemiología y la salud pública. Ahora, desde una nueva posición ventajosa, debemos afrontar la realidad de que lo que el individuo dice que es importante puede oponerse a los resultados de los análisis tradicionales de morbilidad y mortalidad.

En la introducción a *The Active Health Report* [Informe sobre la salud activa], trabajo basado en una encuesta nacional reciente, Jake Epp señala: "Esta es la primera encuesta nacional que pregunta a los canadienses qué piensan sobre su propia salud. En encuestas anteriores se han estudiado la naturaleza y las causas de los problemas de salud de las personas. Este informe . . . , nos ofrece algo nuevo: un cuadro global de los conocimientos, las actitudes, el comportamiento y las intenciones de los canadienses en relación con la salud" (19).

La perspectiva es históricamente exacta, pero ¿representa un progreso? Pienso que, en cualquier sociedad que no haya es-

tablecido mediciones objetivas del estado de salud, este enfoque subjetivo sería muy discutible. Sin embargo, cuando se aplican en forma continua estas mediciones más convencionales, la adquisición de nueva información sobre los conocimientos, actitudes, comportamientos e intenciones tiene una importancia similar, más aun si se hace hincapié en el fomento de la salud. Es decir, si en realidad deseamos modificar los patrones actuales de morbilidad, que están tan íntimamente vinculados con los hábitos individuales, es poco probable que tengamos éxito si no conocemos las actitudes y las creencias de la gente. Estas medidas subjetivas no compiten con los indicadores tradicionales, más bien los complementan. No obstante, al establecer cualquier medición nueva debe prestarse gran atención a su validez y confiabilidad (20).

*The Active Health Report* contiene ocho capítulos, tres de los cuales ilustran la pertinencia de la información subjetiva individual para la definición del estado de salud (19).

En el capítulo 4, se consideran los cambios que los canadienses han introducido y quieren introducir en sus hábitos relacionados con la salud. También se señala que a menudo existe una gran diferencia entre lo que las personas piensan que deben hacer para mejorar su salud y lo que realmente se proponen hacer, si es que se lo proponen. Esto debe hacernos reflexionar antes de limitarnos meramente a proporcionar "información" sobre la salud.

En el capítulo 5, se reafirma lo ya establecido en otras fuentes: que los conocimientos, las actitudes y las creencias acerca de la salud no conducen directamente a la modificación del comportamiento. Nuevamente, esto indica que las campañas de fomento de la salud deben ser polifacéticas y no basarse exclusivamente en la divulgación de información.

En el capítulo 6, se examina la manera como la familia y los amigos de una persona pueden influir en su salud y en el comportamiento relacionado con esta. Dicha influencia es muy fuerte; la mayoría de las



personas que persisten en sus hábitos perniciosos para la salud tienen familiares y amigos que hacen lo mismo. De igual manera, las personas con hábitos saludables tienden a compartirlos con sus allegados. Estos resultados indican que quienes participan en actividades de fomento de la salud deben considerar no solo a los individuos sino también el medio social, para formular estrategias y medidas que permitan a la gente efectuar cambios reales. Esto se confirma por la experiencia internacional (por ej., el proyecto de Karelia del Norte en Finlandia (21)), si bien a menudo es difícil separar los efectos independientes y los interactivos, circunstancia que puede originar un problema importante para la evaluación de los programas.

Se podría poner en tela de juicio si el tipo de información que consideramos aquí pertenece realmente al campo de la epidemiología. Creo que no sería útil un debate sobre este aspecto porque los epidemiólogos, que trabajan en un medio multidisciplinario, deben tener la percepción y las habilidades necesarias para abordar estas cuestiones relacionadas con las actitudes y el comportamiento. En el mismo espíritu de cooperación, necesitamos también que los especialistas de las ciencias sociales y del comportamiento contribuyan a aumentar nuestros conocimientos sobre las relaciones entre el comportamiento humano y la salud.

## **Mediciones funcionales de la salud**

En muchos países se reconoce cada vez más la importancia de los resultados funcionales de la salud, en gran medida a causa del fenómeno del envejecimiento. El fomento de la salud de los ancianos hace hincapié en una vida independiente, más que en la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Para los ancianos, sus familias, sus vecinos y los servicios de apoyo, un diagnóstico de enfermedad, a menos que esta sea curable, tiene un valor limitado (22). Más importante es la capacidad funcional de afrontar la vida cotidiana a pesar de una morbilidad crónica. Este principio, que puede extenderse

a todos los grupos de edad, se refleja en la reciente aparición de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) (23), que proporciona un marco conceptual de la discapacidad y también define y clasifica muchos problemas funcionales.

Un nuevo indicador llamado "esperanza de salud", creado en el Canadá por Wilkins y Adams (1982), intenta también tener en cuenta las funciones. Se trata básicamente de un cálculo de la esperanza de vida ajustado para tener en cuenta los años de discapacidad estimados según una encuesta nacional (24). Este indicador es interesante porque considera un elemento de la salud que generalmente escapa a la medición, a saber, la calidad de la vida. Un indicador afín estima el aumento teórico de la esperanza de vida exenta de invalidez que se obtendría si no se produjeran las defunciones y las restricciones de la actividad provocadas por causas específicas (25). Aún es muy limitada en el Canadá la experiencia con estos indicadores, de manera que es preciso investigar más a fondo su validez y confiabilidad. (Por ej., pueden existir en el país disparidades en cuanto a la interpretación de determinadas restricciones de la actividad.)

También se puede evaluar el ambiente de los ancianos en función de aspectos tales como la disponibilidad de transporte, las condiciones que facilitan el acceso en silla de ruedas a establecimientos comerciales y retretes y la existencia de subsidios gubernamentales para apoyar a las personas de edad a organizarse para ayudarse a sí mismas. El concepto de salud funcional para los ancianos se manifiesta en preguntas tales como: ¿puede usted caminar?, ¿puede meterse en la cama y levantarse sin ayuda?, ¿puede bañarse solo?, ¿es difícil para usted llegar oportunamente al retrete?, ¿puede usted trasla-

darse en vehículos de transporte?, ¿puede preparar sus comidas?, y ¿a cuántas personas conoce usted lo suficiente para ir a visitarlas en sus casas? (26).

Los resultados funcionales obviamente son importantes para el fomento de la salud. Sin embargo, existe una gran brecha entre estos principios teóricos incipientes y lo que sucede en la práctica cotidiana. Recientemente, en un hospital de Halifax se efectuó un estudio de la factibilidad de relacionar los códigos de invalidez de la CIDDM y los expedientes clínicos de los pacientes. Se observó que los profesionales de la salud rara vez documentaban el tipo, la naturaleza o la gravedad de las discapacidades, y que en ningún expediente se usaba una terminología compatible con la CIDDM (27). En un centro australiano se encontraron problemas similares durante un intento de clasificar la invalidez a partir de los registros clínicos (28). Por consiguiente, es probable que el empleo de esta clasificación de los resultados funcionales, sobre una base retrospectiva, no sea actualmente factible en muchas circunstancias. A pesar de estas limitaciones, la creación de nuevas mediciones en respuesta a los nuevos patrones de morbilidad y las nuevas formas de considerar la salud deben estimular a los epidemiólogos y a los profesionales de la salud en general a hacer más hincapié en los resultados funcionales, de manera compatible con el concepto de fomento de la salud.

## Evaluación de la competencia de la comunidad

El enfoque de desarrollo de la comunidad inherente al fomento de la salud no siempre es razonable. Es decir, la comunidad puede estar desintegrada, carecer de un liderazgo o una infraestructura apropiados o presentar obstáculos insuperables. Además, el manejo local de los asuntos de la comunidad puede verse afectado por las redes de fuerzas e intereses especiales de las distintas

comunidades que compiten entre sí (29). En consecuencia, no es suficiente una evaluación exclusivamente epidemiológica de las necesidades y prioridades de salud de la comunidad, aun si se agrega información sobre los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de los miembros de la comunidad.

Es entonces esencial evaluar los aspectos positivos y las limitaciones de la comunidad antes de proseguir con las medidas de fomento de la salud. El examen de diversas variables dentro de la comunidad puede ser útil para este propósito; esto incluye características tales como el compromiso de la gente con su comunidad; la conciencia de una identidad comunitaria; la capacidad de ver las situaciones con claridad, expresarlas, frenar los conflictos y adaptarse; el grado de participación en los asuntos de la comunidad; el manejo de las relaciones entre esta y la sociedad en general; y la naturaleza de los procedimientos para facilitar la interacción de los participantes y la toma de decisiones (30).

La condición general que se evalúa es la capacidad intrínseca de la comunidad de asumir el control de sus propios intereses y de planificar y realizar cambios. Una evaluación de ese tipo también contribuirá a identificar formas de fortalecer esa capacidad, por ejemplo, promoviendo la participación personal, aumentando las habilidades de liderazgo, determinando los límites de la comunidad, estimulando el apoyo voluntario y creando recursos tales como una organización de la comunidad.

## LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA BASE CIENTÍFICA

El fomento de la salud se origina en las ciencias que se ocupan del comportamiento social, en las que Leighton describió tres aspectos problemáticos: la falta de un marco de referencia, la dificultad para iniciar y mantener una cantidad suficiente de investigaciones con el fin de lograr avances importantes de los conocimientos, y los pro-

blemas de la utilización de las investigaciones cuando ya se han realizado (29). Sin embargo, una vez identificados estos riesgos, subsiste el interrogante de si las críticas incluidas pueden aplicarse legítimamente al campo del fomento de la salud.

La obra de Nancy Milio, *Promoting Health through Public Policy [El fomento de la salud por medio de la política oficial]* expone con claridad la literatura de apoyo (31). Esta es una reformulación verdaderamente notable de los datos epidemiológicos y de las ciencias sociales, presentados de una manera a la vez interesante y pertinente para las políticas oficiales. De hecho, no se carece de datos epidemiológicos y de las ciencias sociales y del comportamiento pertinentes para las políticas que respaldan varias medidas importantes de salud pública (por ej., las leyes sobre el uso de cinturones de seguridad, el abandono del hábito de fumar, el fomento de la salud cardíaca y la salud y la seguridad en el trabajo).

No obstante, también debemos considerar la formulación de teorías en este campo. Al examinar el fracaso relativo del movimiento de salud mental de la comunidad, Leighton señaló que "la investigación indica no tanto que las teorías eran erróneas (si bien algunas lo eran), sino que eran insuficientes y no tenían en cuenta muchos factores de gran importancia" (29). Otro autor, M. H. Becker, es más polémico y aborda lo que llama "la tiranía del fomento de la salud" (32).

Mi opinión es que la teoría no es suficiente, aun cuando esté apoyada por datos vinculados con las necesidades y las posibles relaciones subyacentes. Debemos ir más allá y demostrar no solo que contamos con una base para la acción sino también que, en la práctica, las medidas de fomento de la salud realmente tienen trascendencia.

## PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

En esta etapa de su desarrollo, el fomento de la salud es más una doctrina para la acción que una disciplina madura. Muchos de sus expositores han señalado su separación de enfoques más afianzados, tales como la medicina preventiva y la educación para la salud. Estoy de acuerdo con esto, pero agregaría dos advertencias: que los enfoques son complementarios y que el fomento de la salud debe ajustarse a criterios equivalentes de comprobación para justificar una mayor asignación en el presupuesto de salud.

Hace un decenio se decía casi lo mismo de la medicina preventiva cuando se luchaba para otorgarle una mayor proporción del presupuesto destinado a la atención médica. Si bien dicha disciplina está lejos de haber triunfado en esta lucha continua, la menciono como un ejemplo por la labor del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico de Salud (GTEPS) en el Canadá en relación con el establecimiento de criterios para la inclusión o la exclusión de diversas medidas preventivas en el medio clínico (4). Este método ha provocado exigencias similares de que se revisen los datos relacionados con las medidas de salud de la comunidad. Se infiere que esto incluye el fomento de la salud.

En consecuencia, es conveniente examinar el método del GTEPS y considerar sus aspectos positivos y limitaciones (4). En síntesis, dicho grupo clasificó diversos métodos de investigación de acuerdo con su probable validez interna y usó esta clasificación como base para evaluar los datos científicos que apoyan una medida clínica preventiva específica. En esencia, la clasificación empleada fue la siguiente:

Grado I. Por lo menos un ensayo aleatorizado con testigos bien realizado.

Grado II-1. Ensayos clínicos con testigos sin aleatorización.

Grado II-2. Estudios de cohortes o de casos y testigos.

Grado II-3. Comparaciones entre

momentos y lugares, con tratamiento y prevención o sin ellos.

Grado III. El dictamen de expertos.

Las recomendaciones se basaron en gran medida en el tipo de datos obtenidos, usando las siguientes categorías:

Categoría A: Sólida justificación de la inclusión (generalmente datos del grado I).

Categoría B: Justificación razonable de la inclusión (generalmente datos del grado II).

Categoría C: Justificación dudosa de la inclusión, pero podrían hacerse recomendaciones fundadas en otras razones (generalmente datos del grado III).

Categoría D: Razonable justificación de la exclusión (generalmente datos del grado II).

Categoría E: Sólida justificación de la exclusión (generalmente datos del grado I).

Se hicieron ajustes de acuerdo con la solidez de los datos, independientemente del método usado, y, cuando varios aspectos de un problema de salud revelaban una variación en cuanto a la calidad de los datos, las recomendaciones tuvieron en cuenta todos los aspectos (4).

Si bien el método del GTEPS suscitó controversias, de hecho ha orientado eficazmente la atención de los profesionales de la medicina hacia una gama de medidas preventivas apropiadas y les ha hecho notar la carencia de pruebas científicas que respalden algunas medidas que han gozado del apoyo popular. El grupo también ha impulsado un vigoroso debate sobre la importancia de emplear un método científico en la medicina y la necesidad de la evaluación crítica de la literatura.

Con todo, existen graves problemas en relación con la extrapolación de esta experiencia al campo del fomento de la salud. El GTEPS, al considerar el examen periódico de salud, se ocupó principalmente de la prevención secundaria en un medio clínico (es decir, la detección temprana de individuos expuestos a un alto riesgo de enfermedad, a menudo en una etapa suficientemente tem-

prana del proceso patológico para permitir una intervención eficaz y rápida). Con algunas excepciones, este contexto no abarca la verdadera prevención primaria, que consiste en la modificación de los factores de riesgo personales, de la comunidad y ambientales con el fin de reducir la incidencia de enfermedades (7). Tampoco incluye la prevención terciaria extensa, que se relaciona con la reducción de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

En contraste, el fomento de la salud —usando el paradigma, ahora tradicional, de la medicina preventiva— se ocupa principalmente de la prevención primaria y terciaria. Además, la unidad de análisis es la comunidad más que el individuo y los mecanismos son más complejos e implican la coordinación de políticas, movilización de la sociedad, diversos grados de control de los participantes y períodos más amplios. Por consiguiente, no es razonable considerar que el criterio metodológico del GTEPS pueda aplicarse justificadamente a este tipo de intervención.

Sin embargo, es necesario realizar actividades de fomento de la salud y, en los programas de salud pública en general, adoptar indicadores estandarizados para poder evaluar las intervenciones a nivel de la comunidad. En este sentido, se debe asignar más importancia a los estudios descriptivos y analíticos que han proporcionado resultados coherentes, sólidos y reproducibles que aclaran la historia natural en diversas circunstancias. Los criterios de causalidad originalmente propuestos por Hill deben ser reexaminados para determinar su posible aplicación (33). Se podría otorgar a los diseños cuasiexperimentales un grado relativamente alto de aceptación, y asignar más valor a criterios tales como la importancia para la salud pública y las repercusiones sociales, y a indicadores como el riesgo atribuible de la población.

Para que este ejercicio reciba el respeto y el crédito que merece en la comunidad de la salud pública, sería necesario reunir un grupo de expertos intelectualmente independiente en cuanto a su composición, metodología y prioridades. De esta manera, se haría una contribución importante y de gran ayuda para la labor de los administradores, planificadores de programas, prestadores de servicios e investigadores en el campo de la salud.

Finalmente, me gustaría agregar que las medidas de fomento de la salud y prevención de las enfermedades se beneficiarían de una definición clara de las metas, los objetivos y el tiempo requerido. Tal definición promovería una asignación más racional de los recursos y el compromiso de cumplir con las metas establecidas. Si bien en el Canadá aún no existe una declaración oficial al respecto, nuestras dos provincias más grandes (Quebec y Ontario) han formulado esas definiciones y están dando un buen ejemplo al resto del país.

## CONCLUSIONES

El fomento de la salud, movimiento que surge en la salud pública canadiense, se ha nutrido de diversas disciplinas, como son la filosofía, el desarrollo de la comunidad, las ciencias políticas, sociales y del comportamiento y la epidemiología. El respaldo científico necesario proviene en gran parte de la epidemiología, pero se han presentado lagunas nuevas en los conocimientos en cuanto al estado de la salud funcional y autoevaluada, cómo evaluar la competencia de las comunidades para participar en el fomento de su propia salud y cómo comprobar que las medidas de fomento de la salud realmente funcionarán. Los epidemiólogos pueden a veces desempeñar un papel importante en la obtención de estos conocimientos nuevos; pero deben al menos estar dispuestos a trabajar en equipo y ser capaces de adoptar e integrar conceptos que se originan en las ciencias sociales y del comportamiento.

## AGRADECIMIENTO

Expreso aquí mi gratitud a Hemali Kulatilika, Karim Kurji, Alex Leighton, Karen Mann, Peter Ruderman, Brenda Ryan y Elizabeth Townsend, por las estimulantes discusiones que sostuve con ellos y por sus valiosos consejos.

## REFERENCIAS

- 1 Ruderman, P. Financing the Health Sector: The Canadian Experience. Presentado en el Seminario Financiamiento do SUDS, celebrado en São Paulo en agosto de 1988.
- 2 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978. Salud para Todos 1.
- 3 Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Gobierno del Canadá, 1974.
- 4 Goldbloom, R. (pdte.). Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination: 1. Introduction, 2. 1987 update. *Can Med Assoc J* 138(7):617-626, 1988.
- 5 Watson, J. (pdte.). *Health—A Need for New Direction, A Task Force on the Allocation of Health Care Resources*. Ottawa, Asociación Médica Canadiense, 1984.
- 6 Roemeder, J. M. y McWhinney, J. R. Potential years of life lost between ages 1 and 70: An indicator of premature mortality for health planning. *Int J Epidemiol* 6(2):143-151, 1977.
- 7 Last, J. M., ed. *A Dictionary of Epidemiology*, 2a. edición. Nueva York, Oxford University Press, 1983.
- 8 Lane, R., McCann, C. y Mao, Y. Potential years of life lost by major causes of death in Canada. *Chronic Dis Can* 8(1):7-9, 1987.

- 9 Smith, M. E. y Newcombe, H. Use of the Canadian mortality data base for epidemiologic follow-up. *Can J Public Health* 73:29-46, 1982.
- 10 The Nova Scotia-Saskatchewan Cardiovascular Disease Epidemiology Group. Estimation of the incidence of acute myocardial infarction using record linkage: A feasibility study in Nova Scotia and Saskatchewan. *Can J Public Health*. En prensa.
- 11 Stevens, T. Healthy lifestyles for all by the year 2000: How are Canadians doing? *Health Promotion* 24:2-6, 1985.
- 12 O'Loughlin, J. L. Can national surveys be used for local health planning? In: Landry, F., ed. *Health Risk Estimation, Risk Reduction, and Health Promotion*. Ottawa, Asociación Canadiense de Salud Pública, 1983.
- 13 Nova Scotia Department of Health and Department of National Health and Welfare. *Report of the Nova Scotia Heart Health Survey*. Halifax, 1987.
- 14 Wigle, D. T. y Mao, Y. *Mortality by Income Level in Urban Canada*. Ottawa, Departamento Nacional de Salud y Asistencia Social, 1980.
- 15 Organización Mundial de la Salud. *Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles*. Copenhague, 1984.
- 16 Epp, J. Achieving health for all: A framework for health promotion. *Can J Public Health* 77:393-424, 1986.
- 17 Berkman, L. F. y Syme, S. L. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 109:186-204, 1979.
- 18 Help Line Office. *Directory of Community Services 1986*. Halifax, Universidad Dalhousie, 1986.
- 19 Epp, J. *The Active Health Report*. Ottawa, Departamento Nacional de Salud y Asistencia Social, 1987.
- 20 McDowell, I. y Newell, C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- 21 Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. *Community Control of Cardiovascular Diseases. The North Karelia Project*. Copenhague, 1981.
- 22 Davis, A. M. Epidemiology and the challenge of aging. *Int J Epidemiol* 14(1):9-19, 1985.
- 23 Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1983.
- 24 Wilkins, R. y Adams, O. *Healthfulness of Life*. Montreal, Instituto de Investigaciones sobre Política Oficial, 1983.
- 25 Colves, A., Blanchet, M. y Lamarche, P. Quebec planners' choice of health promotion indicators. In: Abelin, T., Brzeziński, Z. J. y Carstairs, V. D. L., eds. *Measurement in Health Promotion and Protection*. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa y Asociación Internacional de Epidemiología, 1987. Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Europea 22.
- 26 Fillenbaum, G. G. y Sanger, M. S. The development, validity, and reliability of the multidimensional functional assessment questionnaire. *J Gerontol* 36:428-434, 1981.
- 27 Ryan, B., Townsend, E. y White, F. Limitations of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps in hospital based occupational therapy research. Halifax, Universidad Dalhousie, 1988. Documento inédito.
- 28 Ford, B. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: Exercises in its application in a hospital medical record. *Int Rehabil Med* 6:191-193, 1984.
- 29 Leighton, A. H. *Caring for Mentally Ill People: Psychological and Social Barriers in Historical Context*. Cambridge, Cambridge University Press, 1982.
- 30 Cottrell, L. S. The competent community. In: Kaplan, B. H., Nelson, R. T. y Leighton, A. H., eds. *Further Explorations in Social Psychiatry*. Nueva York, Basic Books, 1976.
- 31 Milio, N. *Promoting Health through Public Policy*. Ottawa, Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986.
- 32 Becker, M. H. The tyranny of health promotion. *Public Health Rev* 14:15-25, 1986.
- 33 Hill, A. B. The environment and disease: Association or causation? *Proc R Soc Med* 58:295-300, 1965.

# SUMMARY

## EPIDEMIOLOGY IN HEALTH PROMOTION: A CANADIAN PERSPECTIVE

During the second half of this century, Canada has made major organizational advances in providing universal hospital and medical care programs. Although these advances have largely overshadowed public health issues, the focus is now shifting back to public health with an emphasis on health promotion as a guiding philosophy. Epidemiology has played a key role in these developments. However, as we seek to address matters

such as "enhancing people's capacity to cope," "healthy public policy," and "self-care," we find ourselves with a limited data base. So it is now necessary for epidemiology to integrate concepts that have their origins in the social and behavioral sciences, and also to deal with new measures of functional and self-assessed health status. A scientific approach to all this is essential, especially in developing and evaluating health promotion initiatives. In addition, national health goals and objectives are needed to help allocate resources rationally and hold health promotion activities accountable for their own performance.

### Una nota de optimismo

El 17 de agosto de 1989 la Organización Mundial de la Salud publicó una nota de prensa en la que se indica que, por primera vez en la historia, se ha alcanzado una cobertura de tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica de más de dos tercios (67%) del total mundial de los niños menores de un año. También son buenas noticias otras cifras ofrecidas por el Programa Ampliado de Inmunización de la OMS: la cobertura de tercera dosis de la vacuna triple DPT (difteria, tos ferina y tétanos) llega a 66%, la de vacuna antituberculosa BCG está en 71% y la de sarampión en 61%. Sin embargo, también hubo malas noticias: solo 25% de las mujeres embarazadas reciben una segunda dosis de toxoide tetánico. Aun así, hay que tener en cuenta aquellas cifras motivo de optimismo porque suponen grandes avances, impensables no hace muchos años, y porque reflejan la salvación de gran número de vidas. En total, más de dos millones de muertes evitadas cada año: cuatro niños salvados cada minuto de la muerte por sarampión, tos ferina o tétanos neonatal.