Promoción de la salud: una antología

Organización Panamericana de la Salud

Publicación Científica No. 557

Cubierta: Canción de primavera
Grabado en linóleo de la destacada artista brasileña Heloisa H. Tigre

Colección privada de la Dra. Helena Restrepo, Washington, D.C., Estados Unidos de América. Se reproduce con permiso.

Promoción de la salud: una antología

Promoción de la salud: una antología

Publicación Científica No. 557

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, DC 20037, EUA

Se publica también en inglés (1996) con el título:
Health Promotion: An Anthology
Scientific Publication No. 557
ISBN 92 75 11557 5

Catalogación por la Biblioteca de la OPS
Organización Panamericana de la Salud
Promoción de la salud: una antología.
Washington, D.C.: OPS, c1996
xii, 404 p.—(Publicación Científica; 557)

ISBN 92 75 31557 4

I. Título. II. (Series)
1. PROMOCIÓN DE LA SALUD-tendencia.
2. POLÍTICA SOCIAL. 3. DESARROLLO DE LA COMUNIDAD
NLM WA590

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 1996

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

CONTENIDO

Prefacio vii
Lista de colaboradores viii
Introducción ix

PRIMERA SECCIÓN. DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA

El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense—*Marc Lalonde* 3
Después de Lalonde: la creación de la salud—*Carol Buck* 6
Promoción de la salud: una perspectiva mundial—*Ilona Kickbusch* 15
Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud—*Jake Epp* 25
Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública—*Milton Terris* 37

SEGUNDA SECCIÓN. CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA

Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud—*Nancy Milio* 47
Promoción de la salud por medio de políticas públicas saludables: la contribución de los métodos complementarios de investigación—*John B. McKinlay* 60
Australia: planificación para una salud mejor—*Don Nutbeam y Marilyn Wise* 76
Cuando la promoción de la salud funciona, la oposición empieza: una opinión personal—*James Cowley* 85

TERCERA SECCIÓN. FORTALECIMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

Estrategia basada en la comunidad para prevenir las cardiopatías isquémicas: conclusiones de los primeros 10 años del Proyecto de Carelia del Norte—*Pekka Puska, Aulikki Nissinen, Jaakko Tuomilehto, Jukka T. Salonen, Kaj Koskela, Alfred McAlister, Thomas E. Kottke, Nathan Maccoby y John W. Farquhar* 99
Tendencias de veinte años de los factores de riesgo coronario en Carelia del Norte y otras zonas de Finlandia—*Erkki Vartiainen, Pekka Puska, Pekka Jousilahti, Heikki J. Korhonen, Jaakko Tuomilehto y Aulikki Nissinen* 140
Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad—*Ronald Labonte* 153
Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria—*S. Mark Pancer y Geoffrey Nelson* 166
La evaluación en la educación para la salud. Una revisión de sus progresos, posibilidades y problemas—*Don Nutbeam, Christopher Smith y John Catford* 183
Mantenimiento de los diseños de evaluación en los programas comunitarios de promoción de la salud a largo plazo: estudio del caso de Heartbeat de Gales—*Don Nutbeam, Christopher Smith, Simon Murphy y John Catford* 196
Algunos aspectos metodológicos de la evaluación de los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades basados en la comunidad—*T. D. Koepsell, E. H. Wagner, A. C. Cheadle, D. L. Patrick, D. C. Martin, P. H. Diehr, E. B. Perrin, A. R. Kristal, C. H. Allan-Andrilla y L. J. Dey* 209

CUARTA SECCIÓN. DESARROLLO DE HABILIDADES EN RELACIÓN CON LA SALUD PERSONAL

El autocuidado en la promoción de la salud—*Ilona Kickbusch* 235
Cambio de conducta de la población: un enfoque con base teórica—*Alfred L. McAlister* 246
Perspectivas epidemiológicas de la modificación del estilo de vida y la promoción de la salud en la investigación del cáncer—*David D. Celentano* 258
Comercialización social: su lugar en la salud pública—*Jack C. Ling, Barbara A. K. Franklin, Janis F. Lindsteadt y Susan A. N. Gearon* 266
Publicidad para todos en el año 2000: implicaciones de salud pública para los países menos desarrollados—*Lawrence Wallack y Kathryn Montgomery* 286
Abogacía en los medios de comunicación: una estrategia para potenciar a personas y comunidades—*Lawrence Wallack* 300
Validez de la autonotificación del médico en la investigación de los objetivos de educación de los pacientes—*Debra L. Roter y Nancy K. Russell* 312

QUINTA SECCIÓN. PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA GRUPOS ESPECÍFICOS

Los programas para la juventud de Carelia del Norte—*Erkki Vartiainen, Kerttu Tossavainen, Liisa Viri, Erja Niskanen y Pekka Puska* 325
El concepto de promoción de la salud y la prevención del sida. Una base integrada y general para la acción en los años noventa—*Don Nutbeam y Virginia Blakey* 339
Dimensiones de la promoción de la salud aplicadas a la actividad física—*Kenneth E. Powell, Marshall W. Kreuter, Thomas Stephens, Bernard Marti y Lothar Heinemann* 352

ANEXOS

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud—*Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Ontario, Canadá, noviembre de 1986* 367
Promoción de la salud y equidad—*Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santafé de Bogotá, Colombia, noviembre de 1992* 373
Carta del Caribe para la Promoción de la Salud—*Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, Puerto España, Trinidad y Tabago, junio de 1993* 378
Glosario de Promoción de la Salud—Don Nutbeam 383

PREFACIO

Por muchos años he creído que si nosotros, como organización internacional de salud, nos remitimos a una visión estrecha de salud y reconocemos solamente los factores determinantes de la enfermedad, estaremos cometiendo una gran injusticia con la gente a cuyo servicio estamos. Nuestra primera obligación debe ser rechazar por completo el concepto mecanístico de la salud, que se remonta al reduccionismo de Descartes y Newton. Debemos hacer hincapié una y otra vez en la búsqueda de la salud como un aspecto integral de la eterna lucha por el desarrollo humano.

Esta antología muestra que la promoción de la salud, más que limitarse a la prevención y el control de las enfermedades, tiene una visión holística de la salud, y puede definirse como el proceso que permite a las personas y a las comunidades mejorar y mantener su bienestar físico, mental y espiritual. Además contribuye y estimula la creatividad, productividad y safisfacción espiritual y las buenas relaciones entre las personas, y, por supuesto, vela por la paz. Vista así, la promoción de la salud rebasa el ámbito exclusivo de ciertos grupos o sectores específicos —profesionales de la salud, políticos, educadores, periodistas, funcionarios públicos, especialistas del medio ambiente o empresas públicas y privadas— y pasa a ser un asunto de interés general. De esta forma, la promoción de la salud se transforma en la herramienta que refuerza los ideales y las prácticas democráticas, en el enlace entre la verdad científica y la sabiduría popular sobre la condición humana, y en la receta indispensable para extender la búsqueda perenne de la felicidad de los individuos y las sociedades.

A partir del momento en que se adoptó la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986 y su mensaje comenzara a difundirse por el mundo, hemos presenciado en toda la Región el despliegue de un movimiento encaminado a promover la salud en los ámbitos comunitario, municipal, provincial y nacional. Tanto la declaración de Santafé de Bogotá emitida en 1992 como la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud sellada en Puerto España, Trinidad en 1993 fueron testimonio de un entusiasmo explosivo de este movimiento y de apoyo al mismo. La potencia de estos mensajes y la magnitud del movimiento para producir cambios en la voluntad política y en el compromiso de las personas han dado nueva vida a la meta de salud para todos y han contribuido a renovar nuestra fe en la capacidad para alcanzarla.

Por último, deseo hacer una reflexión sobre el propósito de esta antología. Puesto en lenguaje sencillo, esta obra es un vehículo para la información: recurso transportable e indestructible que se transmite a los individuos, quienes la asimilan y la integran con otra información para llegar a un conocimiento más profundo de las sensaciones y el pensamiento. Del conocimiento refinado se deriva la sabiduría, y tenemos la esperanza de que la sabiduría que se obtenga de esta colección guíe las acciones encaminadas a mejorar la salud. Porque, como dijera en el Neiching un ministro al Emperador Amarillo sobre el tema de la unidad, "cuando la mente de las personas está cerrada y no permite el paso a la sabiduría, permanece atada a la enfermedad".

George A. O. Alleyne
Director

LISTA DE COLABORADORES

La División de Promoción y Protección de la Salud agradece a las siguientes personas por haber colaborado en la selección de los artículos contenidos en esta obra.

Dr. Carlos Álvarez Dardet
Departamento de Salud Pública
Universidad de Alicante
Alicante, España

Dr. Alfonso Contreras
Consultor, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Washington, DC
Estados Unidos de América

Dr. John W. Farquhar
Director, Centro de Stanford para la Investigación y Prevención de Enfermedades
Palo Alto, California
Estados Unidos de América

Dra. Lise Gravel
Cooperación Internacional
Ministerio de Salud y Servicios Sociales
Quebec, Canadá

Dr. Lawrence W. Green
Director, Instituto de Investigación de Promoción de la Salud
Vancouver, Canadá

Dr. Trevor Hancock
Consultor en Salud Pública
Kleinburg, Canadá

Dra. Ilona Kickbusch
Directora, División de Protección de la Salud y Comunicación, Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza

Dr. Ronald Labonte
Consultor en Salud Comunitaria
Toronto, Canadá

Dr. Real Lacombe
Ville et Villages en Santé
Quebec, Canadá

Dr. Alfred McAlister
Profesor Adjunto de Ciencias del Comportamiento
Director, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación, la Promoción de la Salud y el Desarrollo
Universidad de Texas
Austin, Texas
Estados Unidos de América

Dra. Amelie Ramírez
Directora, Centro de Investigación de la Salud del Sur de Texas
San Antonio, Texas
Estados Unidos de América

Dr. Jean Rochon
Ex-Director de Promoción de la Salud
Organización Mundial de la Salud,
Ginebra, Suiza

Dr. Milton Terris
Editor, *Journal of Public Health Policy*
Burlington del Sur, Vermont
Estados Unidos de América

Colaboradores de la División de Promoción y Protección de la Salud

Dra. Gloria Coe
Asesora en Comunicación para la Salud

Dr. Julio González
Asesor en Promoción de la Salud
México, DF., México

Lucia M. Hoffenberg
Especialista en Información Técnica

Dr. Guillermo Llanos
Ex-Coordinador, Programa de Promoción de la Salud y Comunicación Social

Dra. Helena E. Restrepo
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

INTRODUCCIÓN

La División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), como la unidad de la OPS que tiene la mayor responsabilidad en cuanto a ejecutar programas de promoción de la salud, se ha propuesto el desafío ambicioso de reunir, en un mismo título, algunos de los artículos más importantes publicados sobre la promoción de la salud. Se espera que esta publicación oportuna de las teorías, métodos y prácticas de la promoción de la salud ayude a los colegas de la OPS y a aquellos que trabajan en los países y la comunidad a llevar a cabo programas que favorezcan la salud y el bienestar.

Los artículos contenidos en esta Antología se identificaron y seleccionaron en tres etapas. En primer lugar, se solicitaron por escrito y se recopilaron las sugerencias de los expertos de la Organización y de los ajenos a ella. A continuación, se investigó la bibliografía para identificar los artículos sobre promoción de la salud más citados. De este modo se localizaron 120 artículos que fueron revisados por cuatro miembros del personal de HPP[1]. Para seleccionar los 26 trabajos presentados en este volumen se establecieron dos objetivos: difundir una amplia gama de información publicada en la literatura sobre promoción de la salud, y presentar obras clave en cuanto al crecimiento y evolución de la promoción de la salud como estrategia mundial. No se incluyen capítulos de libros, aunque sí se han añadido, en forma de anexos, las declaraciones consideradas fundamentales para el trabajo de la Organización, y un glosario de términos.

Los trabajos seleccionados ilustran la naturaleza diversa de los temas relacionados con la promoción de la salud. Los artículos se presentan en cinco secciones, organizados según su fecha de publicación. Puesto que el conocimiento es un proceso que se produce en pequeños incrementos, creemos que, con este formato, el lector podrá conocer mejor la evolución histórica de la promoción de la salud, fenómeno que, después de todo, solo se ha producido durante los últimos 10 a 15 años.

La primera sección, **Desarrollo de la estructura,** presenta las obras que precedieron a la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). Con excepción del último, todos son trabajos de canadienses publicados en Canadá, país que ha hecho una de las contribuciones más grandes y duraderas a la formulación de los elementos esenciales de la Carta de Ottawa. La sección se abre con el artículo "El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense" que destaca pasajes escogidos del informe *Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses* del ex-Ministro Nacional de Salud y Bienestar, Marc Lalonde. Ese trabajo constituyó el primer análisis hecho por un gobierno nacional en el que se reconocía que el estado de salud de una población tiene múltiples causas y, específicamente, que es consecuencia de las relaciones mutuas entre la biología, el medio ambiente, el estilo de vida y la atención de la salud. El segundo artículo, "Después de Lalonde: la creación de la salud", por Carol Buck, Profesora de Epidemiología y Bioestadística de la Universidad de Western Ontario afirma que "ni el Informe [de Lalonde] ni las decisiones políticas subsecuentes han logrado que se trate correctamente el entorno". Buck propone crear ambientes sociales que favorezcan la salud. Si

[1] Dres. Helena E. Restrepo, Guillermo Llanos y Gloria Coe, y Sra. Lucia M. Hoffenberg.

bien su artículo no se publicó hasta 1986 se presentó en la Conferencia sobre Políticas de Salud Pública celebrada en Toronto en 1984 y sus ideas fueron un elemento clave de la Carta de Ottawa. Ilona Kickbusch, ex-Asesora de Educación para la Salud de la Oficina Regional de la OMS para Europa con sede en Copenhague, es autora del tercer trabajo presentado en esta sección, con el título "Promoción de la salud: una perspectiva mundial". Esta obra se presentó en la reunión de la Asociación de Salud Pública del Canadá en junio de 1986. En su trabajo, Kickbusch se refiere a la Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud que debía tener lugar en Ottawa en noviembre de ese año y analiza su punto de vista en relación con "la promoción de la salud como el enfoque de la nueva salud pública". El cuarto artículo, "Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud", corresponde al discurso inaugural de la Conferencia de Ottawa, dictado por el Ministro Nacional de Salud y Bienestar de Canadá, excelentísimo Jake Epp. En su ponencia, el Ministro analiza los desafíos planteados a la salud nacional y la promoción de la salud como respuesta, y resume las estrategias posibles para afrontar cada uno de los retos. La primera sección se cierra con el artículo "Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública" de Milton Terris, editor de *Journal of Public Health Policy*, en el cual el autor relata la evolución de las ideas cuyo origen data de los años 1820 y que culminaron con la Carta de Ottawa en 1986.

Las tres secciones siguientes, **Construcción de una política de salud pública, Fortalecimiento de la acción comunitaria** y **Desarrollo de habilidades en relación con la salud personal,** corresponden a tres de los cinco componentes fundamentales de la Carta de Ottawa. La segunda sección, **Construcción de una política de salud pública,** comienza con el artículo de Nancy Milio "Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud", en el cual la autora afirma que la promoción de la salud tiene su mayor efecto en la esfera normativa pública, en la que es posible hacer y defender las elecciones colectivas. En el trabajo siguiente, "Promoción de la salud por medio de políticas públicas saludables: la contribución de los métodos complementarios de investigación", John McKinlay, director del Centro para la Salud y de Estudios Políticos Avanzados de la Universidad de Boston, plantea un argumento similar. Según el Dr. McKinlay, la "nueva salud pública" está pasando del campo individual a la esfera colectiva constituida, por ejemplo, por las organizaciones y comunidades; por lo tanto, señala que a los métodos de investigación cuantitativa, que hasta ahora se han dado a basto para analizar los cambios de comportamiento individuales, deberán añadirse métodos cualitativos para evaluar el efecto o las consecuencias de las políticas sociales y el estudio simultáneo de los comportamientos colectivos. Los dos artículos que completan esta sección refieren experiencias relacionadas con el establecimiento de políticas saludables en Australia. De estos trabajos, "Australia: planificación para una salud mejor" de Don Nutbeam y Marilyn Wise, describe la estructura, el proceso, marco y los retos relacionados con la elaboración del programa normativo nacional "Metas y dianas para la salud de Australia en el año 2000 y después" basado en la Carta de Ottawa. El último artículo, "Cuando la promoción de la salud funciona, la oposición empieza: una opinión personal" de James Cowley, quien fuera director de los servicios de Promoción de la Salud de la Comisión para la Salud de Australia del Sur de 1980 a 1985, describe el proceso, organización y estrategias utilizados para transformar las declaraciones de políticas en programas de promoción de la salud. También trata de los intereses, estrategias y argumentos que utilizan quienes se oponen a la ejecución de tales programas.

La tercera sección, **Fortalecimiento de la acción comunitaria,** comprende un conjunto de trabajos sobre el desafío que plantean la transformación de políticas en programas y la evaluación de la eficacia de estos. Las dos primeras contribuciones fueron escritas por el equipo finlandés que trabajó desde comienzos de los años 1970 en el Proyecto de Carelia del Norte. Los artículos "Estrategia basada en la comunidad para prevenir las cardiopatías isquémicas: conclusiones de los primeros 10 años del Proyecto de Carelia del Norte" y "Tendencias de 20 años de los factores de riesgo coronario en Carelia del Norte y otras zonas de Finlandia", presentan la historia del proyecto y la organización de la comunidad, el marco teórico y los componentes comunitarios, y analizan los resultados más importantes. Las dos obras siguientes, "Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad" de Ronald Labonte del Departamento de Salud Pública de Toronto, Canadá, y "Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria" de los psicólogos Pancer y Nelson, prosiguen la discusión iniciada por Cowley sobre el proceso de convertir las políticas de salud en modelos de planificación y ejecución de proyectos comunitarios de promoción de la salud. Los tres últimos trabajos de esta tercera parte, dos de Nutbeam et al. y uno de Koepsell et al. tratan distintos aspectos relacionados con la evaluación de los comportamientos de salud tras múltiples intervenciones comunitarias, muchas de ellas a largo plazo; se hace hincapié en la evaluación de resultados.

La cuarta sección, **Desarrollo de habilidades en relación con la salud personal,** comienza con un trabajo de Ilona Kickbusch, "El autocuidado en la promoción de la salud", que busca el origen del autocuidado en los movimientos de bienestar y feminismo de los años 1970. Kickbusch entiende que el autocuidado comprende "todas aquellas medidas tomadas por la mujer para cuidar de sí misma y de su entorno inmediato" y postula, además, que "el autocuidado debería entenderse como una parte integral de la promoción de la salud". Los dos artículos siguientes, "Cambio de conducta de la población: un enfoque con base teórica" de Alfred McAlister y "Perspectivas epidemiológicas de la modificación del estilo de vida y la promoción de la salud en la investigación del cáncer" de David Celentano, muestran como el uso de la teoría y de la epidemiología son indispensables para planificar estrategias que contribuyan a adoptar comportamientos personales saludables. McAlister alega convincentemente la importancia de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura para elaborar mensajes mediatizados, mientras que Celentano defiende que la perspectiva epidemiológica social podría ser de gran valor para comprender los patrones de comportamiento y su posible modificación. Las últimas cuatro obras incluidas en la sección se refieren a distintos aspectos de la comunicación en el campo de la salud. El primero, "Comercialización social: su lugar en la salud pública", escrito por Ling et al., presenta una revisión bibliográfica exhaustiva sobre las estrategias de comercialización social que utilizan los especialistas en salud pública. El siguiente, "Publicidad para todos en el año 2000: implicaciones para la salud pública de los países menos desarrollados", de Wallack y Montgomery, analiza cuidadosamente las consecuencias negativas de la mercadotecnia comercial para la salud pública de los países en vías de desarrollo. Wallack prosigue su estudio sobre el efecto de los medios de comunicación sobre la salud en el trabajo en su artículo "Abogacía en los medios de comunicación: una estrategia para potenciar a personas y comunidades"; en él defiende el uso de los medios de comunicación para promover las iniciativas de salud pública. Subraya que "la abogacía en los medios de comunicación hunde sus raíces en la abogacía de la comunidad y tiene como meta la promoción de las políticas públicas saludables". El último de los artículos, "Validez de

la autonotificación del médico en la investigación de los objetivos de educación de los pacientes" de Roter y Russel, contribuye a los temas de evaluación, y autocuidado en relación con las dificultades que presenta la medición de las metas de educación de los pacientes incluidas en "Gente Sana 2000: Objetivos Nacionales para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad" de los Estados Unidos.

La quinta sección de esta Antología, **Promoción de la salud para grupos específicos,** presenta programas de promoción de la salud dirigidos a sectores especiales de la población o a problemas específicos. El primero, escrito también por el equipo finlandés con el título "Los programas para la juventud de Carelia del Norte", resume cuatro estudios efectuados para promover comportamientos beneficiosos para el corazón en los niños y adolescentes de Finlandia. A ese, sigue el trabajo de Nutbeam y Blakey, "El concepto de promoción de la salud y la prevención del sida. Una base integrada y general para la acción en los años noventa", que trata de la prevención de esa enfermedad en la población general. El último artículo "Dimensiones de la promoción de la salud aplicadas a la actividad física" de Powell et al., analiza las estrategias utilizadas con éxito en los programas de promoción de la actividad física de Alemania, Canadá, los Estados Unidos y Finlandia.

Comprendemos, naturalmente, que esta modesta contribución no cubre el peso de la bibliografía sobre el amplio espectro de la promoción de la salud. Sin embargo, esperamos que despierte el interés y el deseo de seguir leyendo sobre el tema.

La transformación que se pretende lograr a través de la promoción de ambientes propicios para la salud exigen un compromiso profesional basado en principios "salutógenos" positivos y orientado a obtener equidad. Creemos que esta Antología presenta un resumen cuyos ejemplos favorecerán el establecimiento de medidas concretas destinadas a mejorar la salud y el bienestar de nuestra gente. Esos son los frutos de la promoción de la salud.

Helena E. Restrepo, Directora
División de Promoción y
Protección de la Salud

Septiembre 1995
Washington D.C.

PRIMERA SECCIÓN

DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA

EL CONCEPTO DE "CAMPO DE LA SALUD": UNA PERSPECTIVA CANADIENSE

Marc Lalonde[1]

El análisis del campo de la salud ha presentado un problema fundamental que consiste en la carencia de un marco conceptual común que permita separar sus componentes principales. Sin ese marco ha sido difícil comunicarse adecuadamente o desmenuzar el campo de la salud en segmentos flexibles que se presten al análisis y la evaluación. Se percibió que existía una necesidad aguda de organizar los miles de fragmentos en una estructura ordenada, que fuera a la vez intelectualmente aceptable y suficientemente sencilla, de modo que permitiera ubicar rápidamente casi todas las ideas, problemas o actividades relacionadas con la salud: se necesitaba una especie de mapa del territorio de la salud.

Este concepto contempla la descomposición del campo de la salud en cuatro amplios componentes: *biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud.* Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y la mortalidad en el Canadá, y como resultado del análisis del modo en que cada elemento afecta el grado de salud en el país.

Fuente: *Boletín Epidemiológico* 1983;4(3):13–15. Resúmenes reproducidos con permiso de *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document,* Ottawa: Información de Canadá; 1974.

[1]Ex-Ministro de Salud y Bienestar Nacional, Canadá.

Biología humana

El componente de *biología humana* incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo, por ejemplo. Dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves, además de que puede fallar de mil modos. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, entre otros, muchas de las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer y otras), los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y el costo de su tratamiento es de miles de millones de dólares.

Medio ambiente

El *medio ambiente* incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son

externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.

Estilo de vida

En cuanto al concepto de campo de la salud, el componente *estilo de vida* representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

Organización de la atención de salud

La cuarta categoría del concepto, la *organización de la atención de salud,* consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios como, por ejemplo, la optometría, la quiropráctica y la podiatría. Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud.

Hasta ahora, casi todos los esfuerzos de la sociedad encaminados a mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos directos en materia de salud, se han concentrado en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, cuando se indentifican las causas principales de enfermedad y muerte actuales en el Canadá, se llega a la conclusión de que su origen está en los otros tres componentes del concepto, es decir, la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida. Por consiguiente, es evidente que se están gastando grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que, desde un principio, podrían haberse prevenido. Con el fin de seguir reduciendo la discapacidad y las defunciones prematuras debe dedicarse mayor atención a los primeros tres elementos del concepto de campo de la salud.

Características del concepto de campo de la salud

Este concepto tiene muchas características que lo constituyen en un potente instrumento para el análisis de los problemas de salud, la determinación de las necesidades de salud de los canadienses y la selección de los medios para satisfacer esas necesidades.

Una de las consecuencias obvias del concepto fue que se diera a los componentes de biología humana, medio ambiente y estilo de vida un grado de importancia comparable al de la organización de la atención de la salud. Ese hecho es, de por sí, un cambio drástico, dada la prioridad absoluta otorgada en los conceptos antiguos del campo de la salud a la organización de la atención de la salud.

Otro rasgo del concepto es su amplitud, su capacidad de abarcar el todo. Cualquier problema de salud puede ser causado por uno de sus componentes o por una combinación de los cuatro. En consecuencia, esta característica del concepto es importante porque garantiza que se considerarán debidamente

todos los aspectos de la salud. Asimismo, exige que todos los que contribuyen a la salud, ya sea individual o colectivamente —pacientes, médicos, científicos y gobierno— tengan conciencia de sus funciones y de su influencia en el nivel de salud.

Una tercera característica del concepto es que permite instaurar un sistema de análisis con el cual es posible examinar cualquier problema con respecto a los cuatro componentes, a fin de evaluar su importancia relativa y su interacción. Por ejemplo, puede determinarse que las causas básicas de las defunciones por accidentes de tránsito se deben, principalmente, a los riesgos a que se exponen los individuos, con lo cual se asigna menor importancia al diseño de los automóviles y de las carreteras y a la disponibilidad de servicios de urgencia. En este caso, la biología humana tiene muy poca o ninguna importancia. En consecuencia, el estilo de vida, el medio ambiente y la organización de la atención de salud contribuyen a la mortalidad por accidentes de tránsito en 75%, 20% y 5%, respectivamente. Este análisis permite a los planificadores de programas concentrar su atención en los factores contribuyentes de más peso. En forma similar, se puede establecer la importancia relativa de los factores contribuyentes de muchos problemas de salud.

La cuarta característica del concepto consiste en la posibilidad de desmenuzar, a su vez, los mismos componentes. Si se retoma el ejemplo de las defunciones por accidentes de tránsito, bajo la categoría de estilo de vida, los riesgos a que se exponen los individuos pueden clasificarse como poca habilidad para conducir, descuido, rechazo del uso del cinturón de seguridad y exceso de velocidad. Se podría decir entonces que, en gran medida, el concepto permite elaborar un mapa que señala las relaciones más directas entre los problemas de salud y sus causas básicas, así como la importancia relativa de los diversos factores que contribuyen a ellas.

Por último, el concepto de campo de la salud ofrece una nueva visión de la salud, visión que libera la creatividad para reconocer y explorar aspectos que hasta ahora se han ignorado. Como ejemplo, un resultado que se podría obtener al utilizar el concepto como instrumento analítico es la importancia que los canadienses, individualmente, atribuyan a sus comportamientos y hábitos en relación con su propia salud.

Uno de los principales obstáculos que se presentan para mejorar la salud de los canadienses es que el poder para lograrlo se halla ampliamente disperso entre los individuos, los gobiernos, los profesionales y las instituciones de salud. Esa fragmentación de la responsabilidad a veces ha llevado a utilizar enfoques desequilibrados, en los cuales cada participante en el campo de la salud ha procurado soluciones limitadas a su propia esfera de interés. El concepto de campo de la salud unifica todos los fragmentos y permite a los individuos descubrir la importancia de todos los componentes, inclusive aquellos bajo la responsabilidad de otros.

Probablemente, una de las contribuciones principales del concepto al mejoramiento del nivel de salud sea esa visión unificada de campo de la salud.

DESPUÉS DE LALONDE: LA CREACIÓN DE LA SALUD[1]

Carol Buck[2]

Hace diez años que se publicó el Informe Lalonde *(1)*. ¿Se justificaban sus recomendaciones? ¿Hemos aplicado las mejores? La respuesta es no. Ni el Informe ni las decisiones políticas subsecuentes han logrado que se trate correctamente el entorno. Considero que el entorno es el más importante de los cuatro elementos del concepto de campo de la salud de Lalonde: si el entorno no es adecuado, tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención sanitaria.

Conviene saber cuáles son los motivos de preocupación de la gente, puesto que así será posible valorar si comprende la naturaleza de su problema. ¿Qué es lo que preocupa hoy a los ciudadanos de este país? Les preocupa la guerra nuclear, la contaminación, el desempleo, la pobreza y el crimen ¿Les preocupa la salud? Sí, y sobre todo el cáncer, la enfermedad de Alzheimer, el sida y la escasez de órganos para trasplante. Puesto que la gente tiene preocupaciones muy específicas en el campo de la salud, no puede comprender los estrechos lazos que existen entre la salud y sus otras inquietudes. Mientras no se establezca esa relación, no se tomarán las medidas necesarias para la creación de la salud.

Analizaré ahora los factores que habría que modificar para mejorar la salud. Al elegir tales factores me ha influenciado el concepto de coherencia como base de la salud de Antonovsky. Este autor definió la coherencia como "una orientación general que expresa la magnitud del profundo sentimiento de confianza constante pero dinámico, de que los entornos interno y externo de cada uno son predecibles y de que hay grandes probabilidades de que todo vaya tan bien como es razonable esperar" *(2)*. Este concepto no es utópico.

En nuestra sociedad, pueden identificarse distintos factores del entorno que constituyen grandes obstáculos para la salud.

FACTORES DEL ENTORNO

Entornos peligrosos

La violencia sigue siendo una de las causas más importantes de mortalidad. Por cada muerte que se produce, hay muchos supervivientes con minusvalías permanentes. La

Fuente: *Canadian Journal of Public Health* 1985; 76 (suppl. 1, May/June) Se publica con permiso de la Asociación Canadiense de Salud Pública, Ontario, Canadá.

[1]Presentado en la Conferencia sobre Políticas de Salud Pública celebrada en Toronto, Canadá, 7 a 12 de octubre de 1984.

[2]Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Universidad de Western Ontario, London, Canadá.

mayor parte de estas muertes se clasifican como accidentes, puesto que no resultan de actos deliberados; sin embargo, en sentido amplio no son accidentales, ya que su causa radica en las condiciones peligrosas que tolera nuestra sociedad. Nuestras carreteras, nuestros automóviles, nuestros ferrocarriles, nuestros aviones y nuestros edificios podrían ser mucho más seguros. Casi todas las tragedias que ocurren en las minas, en la construcción y en muchas otras industrias se deben a negligencia y no a la voluntad divina. El hundimiento de la plataforma petrolera Ocean Ranger frente a las costas de Terranova es un ejemplo evidente. En muchos casos, y ante el miedo al desempleo, los trabajadores se ven obligados a aceptar condiciones de riesgo manifiesto. Ello es particularmente cierto en las zonas más pobres de Canadá. Los mineros de Nueva Escocia opinan que un trabajo peligroso es mejor que no tener trabajo. ¿Cómo puede tener sentido de la coherencia una persona que expresa semejante opinión?

En el centro de las grandes ciudades, las agresiones se han hecho tan frecuentes que las personas ya no pueden moverse libremente en su entorno. Ese entorno carece de coherencia. Aunque por ahora este problema afecta sobre todo a algunas poblaciones de los Estados Unidos, debemos comprender que formará parte del futuro de Canadá. Algunos de los causantes de la violencia urbana son a su vez víctimas de la incoherencia de su entorno.

La contaminación también pone en peligro el entorno, pero de una forma menos llamativa. Aunque no comprendamos todos los efectos que la contaminación del aire y del agua ejercen en la salud, es evidente que podemos combatir los riesgos manifiestos, como la contaminación por mercurio o por plomo. El problema de la contaminación exige estudios de previsión, puesto que una vez que esta se produce no puede cerrarse como un grifo. Es especialmente importante recordar esto siempre que tratemos el tema de la disposición de los residuos nucleares.

Necesidades básicas y falta de amenidades

Se dice que las necesidades básicas del hombre son comer, arroparse y cobijarse. De hecho, la ropa es, primero, una forma de cobijarse y después, una especie de arte. A veces se cree que es solo en los países del Tercer Mundo donde no se satisfacen esas necesidades básicas. Desde luego, en ellos esto es 100 veces más frecuente, pero no es exclusivo. En nuestro país hay muchas personas que tienen una ingesta alimentaria deficiente y viven en condiciones deplorables. Ello sucedía ya antes de la última recesión económica. Esta ha sacado a la luz una nueva ola de desocupados que ya no pueden pagar por una alimentación y un alojamiento adecuados. Se han creado refugios y comedores para atender a esta población. Resulta evidente, sin embargo, que muchos de los que hoy recurren a estos servicios desde hace ya mucho tiempo han recibido salarios o subsidios sociales insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

¿Qué efectos tiene una nutrición insuficiente en la salud? Todos sabemos que las dietas que no satisfacen por completo las necesidades de calorías, vitaminas y minerales influyen desfavorablemente en el crecimiento físico y la resistencia a las infecciones. Lo que no todo el mundo sabe es que cuando son los lactantes y niños pequeños los que reciben estas dietas, su desarrollo intelectual queda irremediablemente afectado *(3)*. Es una lástima que se hable tanto de la dieta de las sociedades opulentas y de sus efectos nocivos para el corazón y tan poco acerca de los efectos de las dietas carenciales en el más importante de los atributos del hombre. La otra necesidad básica, la de cobijarse, apenas necesita comentario. Los problemas de los vagabundos son evidentes para todos. Algo menos evidentes son los efectos de vivir en un lugar demasiado frío en invierno y demasiado caluroso en verano, donde sus habitantes se encuentran hacinados y donde apenas es posible refrigerar y cocinar los alimentos. Estas son las características de los barrios marginales. Puesto que habitar uno de estos barrios no guarda una relación manifiesta con el

desarrollo del cáncer, el sida, la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades de actualidad, tendemos a olvidar que causa y perpetúa otros problemas de salud mucho más importantes, pero que no están de moda.

Me he referido a las necesidades insatisfechas. Ahora debo referirme a la falta de amenidades. Una amenidad es algo que contribuye a facilitar y hacer agradable la vida. Requerimos algunas, tales como el transporte, el esparcimiento, la belleza y la distracción, para poder desarrollar nuestro potencial humano. Hay pruebas fisiológicas y psicológicas de que las actividades, los sonidos y las imágenes placenteros favorecen un funcionamiento óptimo del cuerpo y de la mente. Por ejemplo, en un estudio reciente con pacientes quirúrgicos se ha comprobado que aquellos que podían ver el paisaje desde la ventana de su habitación se recuperaban más pronto *(4)*.

La necesidad de transporte no era tan importante en la época en que casi todos vivíamos en comunidades pequeñas. Un paseo de kilómetro y medio era ocasión de recreo y placer. La cosa es muy distinta en los grandes centros urbanos de hoy, en los que el paseo ya no es ni posible ni idílico. El transporte se ha vuelto costoso y difícil, en particular para los trabajadores menos privilegiados, obligados a marcar sus tarjetas en el reloj, llevar a sus hijos a la guardería, buscar alimentos baratos, lavar la ropa en lavanderías públicas y, muy a menudo, acudir a un centro de salud alejado de su lugar de residencia. Para los desempleados que deben buscar trabajo cada día, el transporte resulta un gasto prohibitivo; disponen del tiempo, pero no del dinero.

El esparcimiento es difícil de conseguir en el entorno urbano moderno. Las instalaciones para jugar tenis, golf o squash y los gimnasios son caros y pocas personas tienen acceso a ellos. Además, es difícil que el trabajador manual, que ha estado haciendo esfuerzos todo el día, comprenda la necesidad de seguir ejercitándose, por muy sano que pueda resultar. En cuanto a los niños, el béisbol y el hockey han dejado de ser pasatiempos agradables y se han transformado en competiciones deportivas. De hecho, el hockey se ha convertido en un deporte sanguinario. Por todo ello, son muchos los que prefieren ver los deportes en la televisión, más que practicarlos.

Algunos de los factores que dificultan el esparcimiento físico estorban también el recreo intelectual. La televisión ha pasado a ser el medio fundamental de acceso a la literatura, al arte y a la música. El objetivo de la televisión comercial es la venta de productos. Por tanto, el contenido de sus programas se orienta hacia el potencial de consumo del espectador y no hacia su enriquecimiento intelectual o emocional.

En lo que a la belleza se refiere, la urbanización industrial nos ha privado de ella. La que queda se concentra en algunos lugares céntricos más visitados por los turistas que por los residentes. Muchos ciudadanos viven en barrios anodinos y trabajan en sitios sin ventanas, donde rara vez les llega la brisa o el trino de los pájaros. En las ciudades más grandes, se desplazan de un sitio a otro a través de túneles. El ruido, dañino para el oído y perturbador para la mente, ha sustituido a la belleza.

El trabajo estresante, no gratificante y despersonalizado

La revolución industrial eliminó algunos de los trabajos más agotadores de la humanidad, pero trajo consigo otro problema: para muchos, el trabajo no supone ya una satisfacción creativa. La contribución del trabajador al producto acabado se limita y consiste solo en procesos repetitivos hasta la saciedad. El alivio de la monotonía puede conllevar el riesgo de ser reemplazado por un robot. Para mejorar la eficiencia, el cambio de turno ha pasado a ser habitual, sobre todo la rotación periódica semanal que altera permanentemente el ritmo circadiano natural del organismo *(5)*. Un estudio hecho en trabajadores industriales ha demostrado que el cambio de turno y el trabajo

en cadena, sobre todo, tienen efectos nocivos para la salud física y mental *(6)*. El problema laboral resulta aún más complejo a causa de la amenaza constante del despido. Poca coherencia puede haber en una vida que oscila entre el trabajo no gratificante y el desempleo.

Samuel Butler dijo que un pollo era solo el método que usaba el huevo para hacer otro huevo. La filosofía de nuestro sistema económico es que una persona es solo el método que usa un dólar para hacer otro dólar.

Aislamiento y alienación

El hombre es gregario por naturaleza y tiene que tener la oportunidad de dar y recibir afecto, ayuda e información. Se ha creado el término apoyo social para describir la satisfacción de esta necesidad. Hay cada vez más pruebas de que las personas aisladas y con insuficiente apoyo social tienden a sufrir más enfermedades *(7)*. Hay muchas personas aisladas en nuestra sociedad, particularmente entre los ancianos, los viudos, los padres sin pareja y los trabajadores desarraigados que buscan empleo.

Aún más angustiosa que el aislamiento es la experiencia de vivir al margen de la sociedad, donde las oportunidades, valores, expectativas y costumbres del individuo no son los de la sociedad. Eso es la alienación, que afecta a las minorías étnicas, a los inmigrantes recientes, a los trabajadores migratorios y a todos los que son rechazados o dislocados por el cambio cultural. El famoso estudio de Cassel sobre los efectos de la llegada de la industria a una población de los montes Apalaches demostró el profundo efecto de la alienación en la salud *(8)*.

Pobreza

He situado a la pobreza en último lugar porque esta trae consigo todos los obstáculos para la salud que he descrito en los párrafos anteriores. Más que nadie, son los pobres los que viven en entornos peligrosos, los que no pueden satisfacer sus necesidades básicas y carecen de amenidades, los que ocupan puestos de trabajo, cuando los ocupan, estresantes y no gratificantes y los que están aislados de las fuentes de información y de estímulo. Además de todo esto, la pobreza es intrínsecamente degradante y alienante. Esto es particularmente cierto cuando el que la sufre sabe que la pobreza no es el destino obligado del ser humano, y no puede dejar de alienarse cuando ve en los medios de comunicación cómo vive la mayoría pudiente. Rollo Walter Brown describió elocuentemente el fenómeno: ". . . La pobreza embrutece al hombre como una inyección continua de veneno. Adormeciéndolo poco a poco, lo incapacita para darse cuenta de las mejores cualidades de su carácter, le roba su sentido de propósito, mina su confianza e impide que extienda partes esenciales de sí mismo hacia la vida del mundo que lo rodea. Le desvía del camino correcto, llenando su vida de las inevitables consideraciones en que consiste la limitada y mezquina perspectiva del perdedor" *(9)*. Brown se refería a la indigencia crónica, no a la pobreza temporal del estudiante o de otras personas con aspiraciones. Los que han sido pobres alegan que la austeridad obliga a fortalecer el carácter; los pobres permanentes callan.

En todos los países en que se ha estudiado la relación que existe entre estrato social y enfermedad, se han comprobado elevadas tasas de mortalidad y discapacidad en los sectores más pobres de la sociedad. Así ocurre incluso en los países que disponen de sistemas de salud de financiación pública *(10–12)*.

EL ENTORNO Y OTROS ELEMENTOS

Hasta aquí he descrito los efectos de los entornos desfavorables en la salud. No será posible mejorar los otros elementos del campo de salud de Lalonde sin cambiar el entorno, puesto que todos ellos están inseparablemente unidos a él.

El entorno y la biología humana

Las células, los tejidos y los órganos del cuerpo humano responden al entorno. Si el entorno es peligroso, pueden resultar destruidos a causa de una lesión. Si el entorno no proporciona la nutrición adecuada, no se desarrollarán correctamente. Sin embargo, el efecto de las tensiones del entorno en los reguladores principales del organismo, —el sistema nervioso central y las glándulas endocrinas— es mucho más sutil. Cassel ha revisado los estudios que demuestran que la acción de tales factores consiste en aumentar la propensión a todas las enfermedades, tanto físicas como mentales *(13)*.

El entorno y el estilo de vida

Solo es posible adoptar un estilo de vida sano cuando se cuenta con los conocimientos, las oportunidades y la voluntad de hacerlo. Un entorno empobrecido crea múltiples obstáculos al conocimiento y a la oportunidad, aunque tal vez lo más importante sea la erosión de la voluntad. No es fácil lanzarse a la búsqueda positiva de la salud cuando se necesita toda la energía disponible solo para enfrentarse a los retos de cada día. Al contrario, la mayor tentación consiste en buscar el olvido en los hábitos menos saludables. House ha comprobado que los trabajadores industriales con turnos periódicos y trabajo en cadena son los mayores consumidores de alcohol y de tabaco *(6)*.

El entorno y la atención de salud

Las desigualdades de acceso y calidad de la atención de salud provocadas por el entorno se dan hasta en los países en que dicha atención está financiada con fondos públicos. En los Estados Unidos, el pago medio per cápita de Medicaid es mucho mayor en los blancos que en los negros *(14)*. En la Gran Bretaña es bien distinta la atención de salud que reciben los ricos y los pobres. Así, se ha comprobado que los ingresos al hospital de los niños de las clases sociales más bajas se producen más por urgencias que por intervenciones planificadas de diagnóstico y tratamiento *(15)*.

Rundle y Wheeler rechazan la opinión de que los pobres reciben una atención de salud insuficiente por falta de sofisticación *(16)*. Para ellos, los pobres son dirigidos con mayor frecuencia a proveedores que no favorecen las prestaciones preventivas.

Efectos acumulados

Por último, conviene destacar que el daño que hace a la salud un entorno desfavorable es acumulativo y tiene un enorme efecto multiplicador. El recién nacido de una madre de clase social baja y desnutrida tiene más probabilidades de presentar un bajo peso al nacer. El bajo peso al nacer incrementa el riesgo de sufrir una amplia gama de lesiones nerviosas, desde parálisis cerebral hasta retraso mental. Pero el bajo peso al nacer aumenta *mucho más* el riesgo cuando el lactante pertenece a una familia pobre *(17)*. Como dice Blaxter, el entorno social crea una desventaja potencial y luego refuerza sus efectos *(18)*. El aspecto más pernicioso de la acumulación es que persiste a lo largo de generaciones. La pobreza de una generación reduce las probabilidades de un nacimiento saludable y empeora el entorno del niño que nace. Los miembros de la segunda generación, más afectados en lo referente a la salud, la educación y el empleo, crean un entorno aún más desfavorable para la tercera. En última instancia, las condiciones nos parecen tan desesperadas que no nos creemos capaces de ayudarles.

SOLUCIONES

He tratado hasta aquí los problemas con cierto detalle. Ahora me referiré a las soluciones. No debe sorprender que tenga más confianza en los remedios tendientes a corre-

gir el entorno que en los dirigidos hacia los otros elementos del campo de la salud de Lalonde. Mi objeción al Informe Lalonde se basa en que sus recomendaciones para mejorar el entorno son demasiado débiles, aunque no es el único con este defecto. Draper y sus colegas observaron fallas similares en el Informe de la Merrison Royal Commission de Inglaterra, que no subrayaba la necesidad de influir continua y constructivamente en los entornos insalubres en lugar de aceptarlos de forma pasiva *(19)*. La mayor parte de las declaraciones oficiales en el campo de la salud pública aceptan el entorno tal y como es, como un conjunto de problemas a los que hay que adaptarse. El énfasis del cambio se sitúa en el individuo, a menudo expresando la convicción de que podrían ahorrarse millones de dólares del presupuesto asignado a salud si las personas abandonan sus malas costumbres. No cabe duda de que ciertos hábitos, en particular el tabaco y el alcohol, son el origen de numerosos problemas de salud graves que producen grandes gastos de atención médica. Sin embargo, la corrección de estos hábitos no basta para curar nuestros males. Tampoco podemos esperar que se corrijan gracias al mero esfuerzo de los individuos. Como señalan Draper y colaboradores, es necesario enfrentarse a los aspectos más amplios del entorno que modelan la elección individual pero que escapan al control del individuo *(20)*. Para que las personas gocen de mejor salud, será preciso proporcionarles un medio que no les cause daño ni físico ni psicológico. En ese caso serían mucho menores el deseo y la oportunidad de adoptar malos hábitos.

Se ha dado demasiada importancia a la responsabilidad del individuo en cuanto a su propia salud, lo que ha provocado un aumento del sentido de alienación en los que ya se encuentran en las márgenes de la sociedad. Con esto, en realidad, se ha añadido insulto a la agresión. No puede esperarse que las personas que acuden a los servicios de bienestar social se vean motivadas a incrementar el contenido proteico y vitamínico de sus dietas cuando su mayor problema es satisfacer el hambre que tienen. Ahora bien, claro que es posible, si se compran y cocinan los alimentos de forma inteligente, incrementar el valor nutritivo de una dieta barata. Pero para ello la persona debe disponer de conocimientos culinarios, persistencia, tiempo y una buena cocina, características que no son propias de la mayor parte de los que reciben subsidios de beneficencia. Ciertas actividades de promoción de la salud en el campo de la prevención de accidentes resultan igualmente poco realistas. Los accidentes en el hogar y en la calle son una causa importante de muerte y discapacidad de los niños pequeños. Sin embargo, ¿qué sentido tiene centrarse en la capacidad de unas madres que están criando a sus hijos en entornos que facilitan estos accidentes? Como señala Blaxter:

> " . . . Se busca la solución en la educación general o en la supervisión, más específica, que ofrecen a las familias las enfermeras de salud pública. Sin embargo, parece evidente que el remedio depende sobre todo de las políticas públicas tendientes a mejorar el entorno de las familias pobres: la provisión de espacios seguros para jugar, el control del tráfico en los barrios de viviendas multifamiliares, la eliminación de los edificios que constituyen verdaderas trampas en caso de incendio, las medidas tendientes a garantizar que las familias pobres no se vean obligadas a recurrir a formas peligrosas de calefacción y el diseño de viviendas públicas para familias jóvenes de forma que las madres puedan vigilar a sus hijos de distinta edad al mismo tiempo. No cabe duda de la responsabilidad de la conducta individual, pero esta conducta es inevitable en algunos entornos" *(18)*.

Recordemos que resulta mucho menos eficiente operar un cambio en el individuo que en el entorno. ¿Puede uno imaginar la prevención de la fiebre tifoidea instando a la gente a hervir el agua? Como señaló Symes, el cambio de las personas es una tarea que nunca termina, mientras que el cambio del entorno es más duradero *(21)*. Este efecto se ve claramente en la prevención de la caries dental. La fluoruración del agua potable es

mucho más eficiente que los programas de cambio dietético y limpieza de los dientes.

El Informe Lalonde fue un documento político y su autor, ministro en el gabinete del gobierno federal de Canadá. Por lo tanto, no es nada raro que formulara pocas recomendaciones que obligaran económicamente a ese gobierno, aunque manifieste preocupación por los distintos aspectos de la salud. La amplia aceptación de este informe refleja que en cualquier lugar del mundo prevalece el deseo de no enfrentarse a la amplia gama de obstáculos que se oponen a la salud.

Para algunos, la solución radica todavía en una mejor atención de salud. "Mejor" en este caso implica tanto un mayor acceso al tipo de atención que hoy se ofrece como un aumento de la capacidad tecnológica de la medicina. Si uno pierde un brazo o una pierna en un accidente, la solución consiste en una microcirugía más avanzada capaz de volvérselos a colocar. Si un conjunto de factores personales y ambientales dan lugar a una enfermedad vascular, la respuesta es una mejor cirugía de trasplantes. Sin embargo, los remedios tecnológicos están llegando al límite económico y logístico. Por tanto, es casi inconcebible que puedan coexistir un mayor acceso a la atención de salud y unos cuidados cada vez más sofisticados.

Algunos de los que se oponen a la solución tecnológica proponen en su lugar dar mayor énfasis a los aspectos de cuidado de la medicina, prestando más atención al refuerzo de los apoyos sociales de los sujetos vulnerables. Por muy atractivo que pueda ser este enfoque, contiene un elemento de riesgo. Los apoyos sociales son importantes, pero el peligro radica en dejar que sustituyan a las reformas esenciales. Pudiera ser que los habitantes de los barrios marginales fueran tratados con más afecto por los médicos y trabajadores sociales y que se les apoyara para que se ayudaran unos a otros. Con eso podrían mitigarse sus duras condiciones de vida, pero no se erradicarían las causas de las mismas. El apoyo social, para ser verdaderamente eficaz, debe basarse en un grado tal de respeto al individuo de modo que este no tenga acceso a las condiciones que predisponen en la enfermedad y a la lesión. Se trata fundamentalmente de un asunto moral, como reconoció en 1983 el Mensaje de Año Nuevo de la Conferencia Episcopal Católica Canadiense.

Por último, debemos considerar los obstáculos que se oponen al logro de un entorno capaz de crear salud. Estos obstáculos son grandes y están profundamente enraizados. Sin embargo, si llegamos a entender lo que son y comenzamos a atacarlos sin pausa, podríamos conseguir el triunfo.

Quizás la más profunda de todas las barreras sea de naturaleza filosófica, la creencia de que cierto elemento de sufrimiento forma parte de la condición humana. Hasta cierto punto, es una creencia justificada, puesto que el dolor, la aflicción y la soledad nunca podrán eliminarse por completo. Ahora bien, otra cosa es admitir como inevitable una parte importante del sufrimiento. La incitación bíblica "da de comer al hambriento" no debe ser considerada una excusa para tolerar la pobreza crónica. La idea de que hay ganadores y perdedores cierra el paso a la reforma. Ese paso quedará cerrado definitivamente si la idea se refuerza con el argumento erróneo de que los perdedores son aquellos cuyo destino depende de haber heredado un conjunto malo de genes. Aunque es cierto que un solo gen puede jugar muy malas partidas, esos genes son muy raros. Casi todas las cualidades humanas dependen de una multitud de genes que determinan el potencial del hombre para desarrollar su cuerpo y su mente. El potencial de algunos es inferior al de otros, pero al menos en un entorno favorable todos podrán desarrollar plenamente su potencial. Un buen entorno puede reducir la distancia entre ganadores y perdedores. Además, la mejora de algunos aspectos del entorno ayuda a todos los que habitan en él, cualquiera sea su herencia genética. La purificación del agua previene la fiebre tifoidea y el cólera, independientemente de la inteligencia de la persona que beba el agua.

La inercia es el siguiente obstáculo que debemos considerar. El mero esfuerzo de in-

troducir una reforma básica es un importante argumento disuasivo. Tendemos a sentirnos satisfechos con los remedios más sencillos. Por desgracia, estos remedios suelen llegar demasiado tarde como para resultar eficaces. El dar un subsidio al pobre cuando puede demostrar que es pobre es un buen ejemplo de lo que me refiero. Podemos pensar que este enfoque desapareció cuando las leyes de beneficencia de la época victoriana fueron sustituidas en el siglo XX por los subsidios sociales, pero esto es cierto solo hasta cierto punto. El problema de los programas financiados con nuestras aportaciones es su discontinuidad. Se ha trazado una línea rígida e inhumana entre los pobres que trabajan y los que no lo hacen. Se ha creado un abismo entre ambos, donde debería existir un puente.

También existe inercia, aunque distinta, cuando emprendemos un programa de reformas poco ambicioso o demasiado breve para lograr todos los efectos que se pretenden. Así sucedió con el programa Headstart de los Estados Unidos. Este programa estaba destinado a proporcionar enriquecimiento intelectual y emocional a los niños preescolares con carencias culturales. Se esperaba que incluso algunos meses de tal enriquecimiento serían suficientes. Todos los que han evaluado el programa coinciden en afirmar que las ganancias fueron proporcionales a la permanencia de los niños en el mismo (22), lo que no es sorprendente. Los resultados del programa Headstart demuestran que un esfuerzo incompleto es una forma de inercia.

Otra barrera a la reforma es la estructura fragmentada del aparato político y burocrático. La salud, la educación, el trabajo, el medio ambiente, la seguridad y el bienestar social dependen de jurisdicciones diferentes, lo que limita la posibilidad de una acción coordinada. En consecuencia, nadie tiene una visión de conjunto de lo que está mal y de lo que hay que hacer para remediarlo. Dudo que la solución del problema radique en crear nuevos departamentos gubernamentales de enlace. Por el contrario, la respuesta a la fragmentación debería buscarse en mejorar la comunicación entre los organismos que comparten la responsabilidad del entorno humano. Debería haber mejor comunicación a nivel central, donde se establecen las políticas, y también a nivel periférico, donde los funcionarios se enfrentan a los complejos problemas de cada individuo. En los últimos decenios se han hecho muchos estudios teóricos sobre organización y comunicación. Ha llegado el momento de que estos cono-cimientos se apliquen a resolver la fragmentación. El obstáculo que esta supone también podría resolverse de otra manera. Cuando muchos grupos independientes hacen planes, cada uno de ellos debe preguntarse: ¿cómo influirá nuestro plan en la salud de las personas hacia las que va dirigido? La salud debería formar parte de cualquier planificación.

He dejado para el final la barrera más poderosa, la de los intereses individuales. Para los patronos, propietarios de edificios, inversores y contribuyentes en general, el costo de la reforma supone un fuerte obstáculo a la acción. Nuestros corazones tal vez sean blandos, pero se endurecerán si nos tocan la cartera. No obstante, es muy posible que gran parte del dinero que gastamos en redes de seguridad pudiera destinarse con mayor eficacia a implantar reformas básicas. Lo más eficaz no es siempre lo más caro. Pero incluso aunque lo sea, en nuestra sociedad podría producirse una importante transferencia de dinero sin que nadie perdiera demasiado bienestar. La acumulación de dinero por el hecho de acumularlo es una carga que algunos se sentirían contentos de abandonar si no se vieran adoctrinados continuamente en la creencia de que la adquisición de riquezas es el fin último del hombre.

Es saludable comprender que la reforma podría ser la red de seguridad de todos los que tenemos intereses opuestos a esa reforma. La existencia de un grupo indigente supone un riesgo para la mayoría pudiente. En este contexto, convendría reflexionar sobre las observaciones de Geoffrey Vickers: "Se necesita algún desencadenante para convencer al occidente, ocupado y protegido, de la inestabilidad que es bien evidente para los desvalidos,

impotentes, desilusionados y desesperados de sus propios países" *(23)*.

En el proceso de mejorar el entorno humano resultarán útiles dos ideas. La primera es que las reformas muy innovadoras deben ser implantadas de forma experimental *(24)*. La introducción de una reforma a pequeña escala, con medidas meticulosas para determinar sus efectos positivos y negativos, es una forma prudente de aprender de la propia experiencia. La aplicación del método científico a la reforma no supone falta de humanidad. Por el contrario, nos impide hacer daño cuando queremos hacer el bien. Sin embargo, el enfoque experimental nos puede arrastrar por el resbaladizo camino de la inercia si creemos que un experimento afortunado supone un logro definitivo. Es preciso alcanzar el éxito a la mayor velocidad posible.

La otra idea es el establecimiento de metas para medir el progreso de la reforma. La medición del progreso es el antídoto de la inercia. Terris ha subrayado la importancia de establecer metas que especifiquen no solo lo que se desea conseguir, sino también el momento en que deben alcanzarse *(25)*.

REFERENCIAS

1. Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians.* Ottawa: Information Canada, 1974.
2. Antonovsky, A. *Health, Stress and Coping.* San Francisco: Jossey-Fass, 1979.
3. Birch, H. G. "Malnutrition, Learning and Intelligence," *Am. J. Pub. Health* 62 (1972): 773–84.
4. Ulrich, R. S. "View Through a Window May Influence Recovery from Surgery," *Science* 224 (1984): 420–21.
5. Moore-Ede, M. C., Cziesler, C. A., and Richardson, G. S. "Circadian Timekeeping in Health and Disease: Part 2. Clinical Implications of Circadian Rhythmicity," *N. Eng. J. Med.* 309 (1983): 530–36.
6. House, J. S. *Occupational Stress and the Mental and Physical Health of Factory Workers.* Ann Arbor, Michigan: Survey Research Center, 1980.
7. Berkman, L. F., and Syme, S. L., "Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents," *Am. J. Epidemiol.* 109 (1979): 186–204.
8. Cassel, J., and Tyroler, H. A. "Epidemiological Studies of Culture Change," *Arch. Environ. Health* 3 (1961): 25–33.
9. Brown, R. W. *I Travel by Train.* New York: Appleton-Century, 1939.
10. Registrar General. *Decennial Supplement for England and Wales* 1970–71. London: HMSO, 1978.
11. Wilkins, R. *L' Esperance de Vie par Quartier á Montréal.* Montreal: Institut de Recherches Politiques, 1979.
12. Forster, D. P. "Social Class Differences in Sickness and General Practitioner Consultations," *Health Trends* 8 (1976): 29–32.
13. Cassel, J. "The Contribution of the Social Environment to Host Resistance," *Am. J. Epidemiol.* 104 (1976): 102–23.
14. Davis, K. and Schoen, C. *Health and the War on Poverty.* Washington, D.C.: The Brookings Institution, 1978.
15. Earthrowl, B., and Stacy, M. "Social Class and Children in Hospital," *Soc. Sci. Med. II* (1977): 83–88.
16. Rundle, T. G., and Wheeler, J. R. C. "The Effect of Income on Use of Preventive Care: An Evaluation of Alternative Explanations," *J. Health Soc. Behav.* 20 (1979): 397–406.
17. Davie, R., Butler, N., and Goldstein, H. *From Birth to Seven: The Second Report of the National Child Development Study.* London: Longman, 1972.
18. Blaxter, M. "Health Services as a Defence Against the Consequences of Poverty in Industrialized Societies," *Soc. Sci. Med.* 17 (1983): 1139–48.
19. Draper, P., Dennis, J., Griffiths, J., and Popay, J. "The Royal Commission and Prevention," *Lancet* 2(1979): 425–26.
20. Unit for the Study of Health Policy. *Rethinking Community Medicine.* London: Guys Hospital, 1979.
21. Syme, L. S., *Cassel Memorial Lecture.* Winnipeg: Society for Epidemiologic Research, 1983.
22. Consortium for Longitudinal Studies. *As the Twig is Bent.* New Jersey: Eribaum Hillside, 1983.
23. Vickers, G. *Freedom in a Rocking Boat.* London: Allan Lane, Penguin Press, 1970.
24. Campbell, D. T. "Reforms as Experiments," *Am. J. Psychol.* 24 (1969): 409–29.
25. Terris, M. "Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report," *J. Pub. Health Policy* 5 (1984): 327–37.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA PERSPECTIVA MUNDIAL[1]

Ilona Kickbusch[2]

En 1981, Robert Anderson y yo emprendimos un viaje de estudios a Canadá con el fin de comprender lo que estaba sucediendo allí con la promoción de la salud en lo que respecta a programa y políticas. Canadá era entonces el único país que contaba con una Dirección General de Promoción de la Salud, habíamos oído hablar de proyectos que, como "PARTICIPACTION", habían tenido éxito y queríamos saber de qué iba todo aquello.

En 1980, la Oficina Regional de la OMS para Europa me había pedido que elaborara un borrador de propuesta de educación para la salud para el programa de trabajo de 1980–1984. Resultaba evidente que la promoción de la salud era algo más que una sección de la educación para la salud y la Oficina Regional deseaba crear un programa nuevo (con la aprobación de los Estados Miembros), llamado Promoción de la Salud, a partir de 1984. La idea no consistía en dar otro nombre a la educación para la salud, sino en crear un programa adicional con su propio personal, presupuesto, filosofía y estrategias. Por tanto, vinimos a Canadá; escuchamos, vimos y aprendimos mucho.

Por esta razón, durante los últimos 5 años cada uno de nosotros se ha sentido a gusto con el trabajo del otro. Los contactos con Canadá han sido regulares y estimulantes y se ha producido un intercambio de ideas y programas en ambas direcciones.

EL PROYECTO REGIONAL/INTERREGIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Me referiré a la promoción de la salud en un sentido mundial, aunque no empleo la palabra "mundial" en su sentido más literal. Hablaré desde la aventajada perspectiva de la Oficina Regional de la OMS para Europa, donde se me ha pedido que dirija un "proyecto regional/interregional de promoción de la salud" creado por el Director General de la OMS, Dr. Hafdan Mahler, a fin de dilucidar la importancia de la promoción de la salud en todos los Estados Miembros y en todas las Regiones. Este programa se ha diseñado en varias etapas. La primera consistió en desarrollar un trabajo básico (lo que a nivel nacional se llamaría un libro verde) para aclarar el significado de la promoción de la salud.

Fuente: *Canadian Journal of Public Health* 1986;77(9–10). Se publica con permiso de la Canadian Public Health Association, Ontario, Canadá.

[1]Discurso inaugural de la 77ª Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública, Promoción de la Salud—Estrategias para la Acción, Vancouver, Columbia Británica, 16 a 19 de junio de 1986.

[2]Oficial Regional, Unidad de Educación para la Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, Dinamarca.

En la Oficina Regional se había hecho ya un enorme trabajo de preparación, particularmente con la producción de un "Documento de discusión sobre el concepto y los principios de la promoción de la salud" (al que casi todo el mundo llama el libro amarillo), redactado en 1984 para marcar el comienzo del programa de promoción de la salud de la Oficina para Europa. Esta "cosa" nueva llamada promoción de la salud, que estaba adquiriendo una importancia cada vez mayor, tenía que ser definida con claridad. Desde entonces, el Documento ha sido difundido ampliamente, reimpreso y traducido a unos 10 idiomas. Está siendo objeto de un gran debate y es citado con frecuencia; se emplea para planificar programas y para definir enfoques.

El Documento de discusión define la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud. Esta perspectiva deriva de un concepto de "salud" que la define como la magnitud en que un individuo o grupo pueden, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar su entorno o afrontarlo. Por tanto, la salud se considera un recurso aplicable a la vida cotidiana y no como el objetivo de esa vida; es un concepto positivo que se apoya en los recursos sociales y personales y también en la capacidad física.

Se adelantan cinco principios fundamentales de la promoción de la salud:

1. La promoción de la salud afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no se centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
2. La promoción de la salud pretende influir en los determinantes o causas de la salud.
3. La promoción de la salud combina métodos o enfoques distintos pero complementarios.
4. La promoción de la salud se orienta específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población.
5. Los profesionales de salud (particularmente en el campo de la atención primaria) deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la promoción de la salud.

Se señalan cinco áreas temáticas:

1. Acceso a la salud.
2. Desarrollo de un entorno facilitador de la salud.
3. Refuerzo de las redes y apoyos sociales.
4. Promoción de los comportamientos positivos para la salud y de las estrategias de afrontamiento adecuadas, un objetivo esencial para la promoción de la salud.
5. Aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud.

¿Podía aplicarse este enfoque a los países en desarrollo o era solo adecuado para los industrializados? Para responder a esta pregunta creamos un grupo internacional de estudio que se reunió en Copenhague en 1985 y del que formaban parte representantes de todas las partes del mundo. Esta reunión tuvo un doble resultado:

En primer lugar, se aceptó que el documento básico podía aplicarse a países muy diferentes de los industrializados. Se tenía la sensación de que, en lo que a la promoción de la salud se refiere, podría estar ocurriendo lo que habíamos vivido al comenzar los debates sobre la atención primaria de salud, solo que al revés: al principio se dijo que la atención primaria solo era aplicable al mundo en desarrollo, que era una atención pobre para la gente pobre. A veces, la promoción de la salud se ve como el adorno de la tarta de la atención de salud de los ricos, destinada a hacer aún más sanos a los que ya gozan de buena salud. El grupo de estudio opinó que no era así, pero subrayó que la puerta de entrada de la promoción de la salud *era* diferente. En el mundo en desarrollo, donde los sistemas de atención

sanitaria no están aún tan fosilizados como en el viejo mundo, la promoción de la salud podría formar parte, desde el principio, de las políticas de salud y de la atención primaria de salud. Por el contrario, en el viejo mundo podría suponer un desafío a los sistemas establecidos de tratamiento de las enfermedades y de asistencia médica, dado el gran papel que desempeñan en ella la prevención y las medidas de salud pública. Así pues, las estrategias y actores de la promoción de la salud deberían ser muy distintos en las diferentes partes del mundo, pero la filosofía básica sería similar.

Las Discusiones Técnicas de la Asamblea Mundial de la Salud reiteraron la orientación de estas declaraciones y subrayaron que los ricos no podemos construir nuestra salud sobre la explotación de los pobres. Este es el compromiso mundial más importante de la promoción de la salud.

En segundo lugar, sería de gran valor reunir las experiencias sobre promoción de la salud obtenidas por los países industrializados en lo que se refiere a programas y políticas. De este modo nació la idea de la primera conferencia internacional importante sobre promoción de la salud, que debía celebrarse en Ottawa, Canadá, en noviembre de 1986, con el patrocinio conjunto del Ministerio de Salud y Bienestar Social del Canadá, la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Esta asociación de patrocinadores refleja las características principales de la empresa: grandes fuerzas no gubernamentales que defienden la salud pública, compromiso enérgico de los gobiernos para facilitar el acceso a la salud, y relación con una estrategia mundial para la salud.

La Conferencia sobre Promoción de la Salud de Ottawa reuniría a más de 200 participantes de todo el mundo para compartir sus experiencias acerca de los programas y políticas de promoción de la salud, centrándose en cinco aspectos: creación de políticas públicas saludables, fortalecimiento de los recursos de salud comunitarios, creación de entornos favorables para la salud, aprendizaje y afrontamiento y reorientación de los servicios de salud. Concluirá (o así lo esperamos) con una declaración conjunta que represente la opinión consensuada sobre la promoción de la salud.

Ahora trataré de la promoción de la salud en otra perspectiva global, entendiendo como global una forma mutua de pensar o, dicho en términos más académicos, como un paradigma.

HISTORIA DE UNA FAMILIA

Me siento orgullosa de haber sido invitada a pronunciar el discurso inaugural de la Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública y me siento especialmente complacida por poder hablar acerca de la promoción de la salud ante una asociación de *salud pública*. El material de la conferencia que estamos planificando tiene un subtítulo: *Hacia una nueva salud pública*. Les explicaré ahora la razón y los motivos por los que creemos que se trata de un aspecto esencial.

La promoción de la salud surgió de la educación para la salud. Esta evolución se produjo por muchos motivos, de los que ahora me centraré en dos. En primer lugar, los educadores sanitarios comenzaron a comprender la necesidad de aplicar enfoques positivos a la promoción de la salud, incrementando la salud, creando potenciales nuevos para la salud en lugar de centrarse solo en la prevención de las enfermedades. En segundo lugar, se hizo evidente que la educación para la salud únicamente podría desarrollar todas sus capacidades apoyándose en medidas estructurales (legales, medioambientales, normativas, etc.). Se planteaba la cuestión (como señaló Nancy Milio) de cómo hacer que las elecciones más saludables fueran también más fáciles.

Explicaré con mayor detalle el proceso, comparándolo con la historia de una familia. La promoción de la salud hizo lo que hacen muchos hijos rebeldes, empezó a pelear con sus padres, afirmando saberlo todo, ser más moderna, estar más al día; declarando su vo-

luntad de probar cosas nuevas como los medios de comunicación y la comercialización. Durante algún tiempo, las relaciones fueron tristemente competitivas, la educación para la salud se sintió amenazada y la promoción de la salud comenzó a olvidar algunos de sus cimientos más sólidos. El paso siguiente consistió en hacer algo que los padres siempre encuentran difícil. Pese a su loca infancia, el niño se estaba convirtiendo en un adolescente maduro y, al cabo de un tiempo, llegó a ser más alto que sus padres. Aproximadamente, esta es la fase que refleja el Documento de discusión a que antes aludía, el cual pasó a convertirse en el documento de referencia para todo un conjunto de enfoques que pretendían promocionar la salud de una forma seria y ecológica.

Sin embargo, el niño o, más bien, el joven adulto prometedor seguía conviviendo con la educación para la salud que lo había visto nacer y, por muchas posibilidades que tuviera, todavía no conocía exactamente su camino. Luego, como ocurre algunas veces, el camino se abrió ante él. Podía intentar unirse a una familia con gran historia y tradición, integrada, orientada hacia la prevención y con un compromiso sincero por el bienestar de la población: la salud pública. Así que se lanzó alegremente en esa dirección... sólo para descubrir que el desafío era aún mayor. De modo que el hijo se enfrentó con nuevos problemas ya que, a donde quiera que iba, encontraba fuertes defensores de la salud pública preparados para resolver los grandes desafíos de los años ochenta y noventa. Descubrió que, en comparación con los potentes grupos de intereses centrados en torno al "sistema de atención de salud" (lo que se ha dado en llamar el complejo médico-industrial), la salud pública era mansa y débil. Pese a todas las alabanzas que recibía la prevención, solo se aplicaban a ella pequeños esfuerzos y menores partidas presupuestarias. Esta es la fase en que nos encontramos.

Pasaré a explorar ahora, a un nivel más analítico, el tema de la promoción de la salud como el enfoque de la nueva salud pública, las diferencias entre la salud pública antigua y la moderna, el nuevo campo de trabajo de la salud pública que surge del concepto de promoción de la salud, y algunas de las estrategias y mecanismos que sería preciso tomar en consideración.

HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA

Todos los países tienen sus grandes héroes de la salud pública. Recientemente, hemos lanzado en Londres nuestra nueva revista, *Health Promotion*, en el lugar en que John Snow intentó clausurar la fuente de Broad Street para controlar la epidemia de cólera. Mediante un estudio científico profundo, Snow había llegado a comprender que se trataba de una enfermedad trasmitida por el agua. Hicieron falta otros 30 años para que el Presidente de la Junta General de Salud, John Simon (que había ocupado ese cargo durante casi todo el período) afirmara que el descubrimiento de Snow "puede contarse todavía como la verdad más importante descubierta hasta ahora por la ciencia médica para la prevención de las epidemias de cólera".

Como dijo Sidney Chave: al igual que en una encuesta epidemiológica, hacen falta el tiempo, el lugar y las personas para lograr las acciones de salud pública. Todos los países pueden relatar episodios similares. He podido ver algunos de ellos en la película de la Asociación Canadiense de Salud Pública. Recuerdo especialmente aquella parte tan impresionante sobre la población enfurecida dirigiéndose a matar al funcionario médico. Por lo menos, demostraba que ese funcionario ocupaba un lugar destacado ante la opinión pública, más de lo que la salud pública puede decir hoy de sí misma. Sin embargo, la película también muestra (sin ser consciente de ello) las etapas por las que ha pasado la salud pública y que le han hecho perder su verdadera esencia y su poder reformador.

Después de pasar por su fase "sanitaria", basada en los conceptos de medio y de control social aplicados a través de las leyes de beneficencia, la salud pública se transformó

en medicina preventiva. El paradigma germinal que superó la teoría de los miasmas trajo consigo el rápido crecimiento de los enfoques individualizados basados en la inmunización. Su nexo con las leyes de beneficencia (su componente social) y con la legislación sobre higiene (su componente medioambiental) pasó a formar, cada vez más, el trasfondo de la salud pública. En varios países, esta transformación produjo importantes consecuencias organizativas, tales como hacer que los funcionarios de salud pública informaran directamente a las autoridades sanitarias (informando así a su propio sistema de provisión y olvidando sus conexiones intersectoriales) y no a las autoridades locales. Su relación con las leyes de beneficencia desapareció, transfiriendo proporciones crecientes de los servicios prestados de forma individual a la práctica privada (p.ej., la salud maternoinfantil) o manteniéndolas, al menos, tras las puertas cerradas de la consulta del médico, quitándole por tanto sus componentes sociales. Esta etapa es la que yo llamaría fase de medicalización de la salud pública.

A lo largo de este proceso, que comenzó aproximadamente con el siglo, la salud pública pasó de la vacunación (una actividad claramente de atención primaria) a los procedimientos complejos de detección sistemática, y sus actividades se hicieron más diagnósticas que preventivas. A continuación, sobre todo en los años sesenta y setenta, se centró en la epidemiología del comportamiento. El foco epidemiológico de la salud pública se ha visto promovido por trabajos tales como "Gente sana" y el Informe Lalonde. Ambos han influido en el mundo entero, favoreciendo, apoyados por la OMS, la acción de salud pública, la financiación de la investigación y de los programas y la formación de los profesionales.

En este contexto, la educación para la salud tuvo que adaptarse a lo que esa "epidemiología instantánea" deseaba cambiar: los factores de riesgo debían reducirse al nivel individual. Las consecuencias negativas de este enfoque, particularmente en lo que se refiere a la culpabilización de las víctimas, han sido ya demostradas en múltiples ocasiones y no volveré sobre ellas. Sin embargo, si lo consideramos desde una perspectiva de desarrollo a largo plazo, el paso desde la medicina preventiva a la modificación del comportamiento ha abierto una puerta (para algunos, lo abierto es una caja de Pandora) que permite pasar del modo de pensar en términos de planificación de los servicios de asistencia sanitaria a la planificación de otros aspectos de la sanidad. En 1984, Milton Terris afirmó que el informe Lalonde "inauguraba una nueva era de la planificación de la salud, produciendo un cambio profundamente revolucionario desde la preocupación casi exclusiva por los recursos de salud hacia el valor fundamental de los resultados para la salud".

La cuestión principal radicaba en que no solo era posible planificar los servicios de atención a la enfermedad, sino también reducir los factores de riesgo individuales. Se basaba en una valoración asombrosamente optimista e ingenua de la facilidad con que sería factible lograr los cambios de conducta y en un olvido total de los aspectos éticos implicados en ese cambio. Sin embargo, el término "estilos de vida" estaba sobre el tapete. La planificación y la economía de la salud habían empezado a salir del campo de la atención de salud y a penetrar en el campo social y en las comunidades. La etapa siguiente de la salud pública debe pasar de la planificación para controlar los factores de riesgo a la planificación de la salud: a marcar metas para la acción política y no solo para el comportamiento individual.

PLANIFICACIÓN PARA LA SALUD

Volvamos ahora al trabajo de la Oficina Regional de la OMS para Europa. Lo que ha sucedido en ella durante los últimos años es, quizás, un ejemplo de lo que ha sucedido en distintos Estados Miembros, incluido el Canadá. La Oficina se sentía orgullosa de haber establecido un enérgico programa de

educación para la salud y más orgullosa aún cuando aquél fue seguido por un programa de promoción de la salud que se cimentó con rapidez y que recibió un gran respaldo de los Estados Miembros. El momento elegido había sido el adecuado.

En aquella época, la Oficina estaba produciendo asimismo un documento clave basado en la estrategia regional de salud para todos en el año 2000, influido por "Gente sana" y por el Informe Lalonde. Hay que decir que el funcionario elegido para ocuparse de planificación, procedía de Canadá. La idea consistía en establecer metas para la salud. Se pidió entonces la colaboración del grupo de educación para la salud para el proceso, iniciado en 1981, de desarrollar el documento clave sobre estilos de vida.

Esto es importante: se logró que la educación para la salud formara parte del desarrollo de la política general de salud de la organización, sin constituir un mero apéndice al final de la misma. En el proceso, los expertos llamados para que desarrollaran la sección sobre estilos de vida se negaron a orientar esa sección según las líneas maestras del establecimiento de metas para los factores de riesgo. Por el contrario, defendieron un enfoque holístico de la promoción de la salud. De este modo desarrollaron (tras una intensa negociación política) un conjunto de cinco metas que reflejaban un nuevo tipo de enfoque de los estilos de vida. Las tres primeras definían las condiciones necesarias para una conducta saludable: políticas públicas y entornos sociales saludables, información y educación —subrayando que todas ellas debían conseguirse mediante la modificación de las políticas de los gobiernos de cada uno de los países. A continuación se incluyeron dos metas generales relacionadas con la conducta: incremento de los comportamientos positivos para la salud y reducción de los comportamientos negativos para la misma. Como es lógico, en la vida diaria no es posible separar de este modo los comportamientos, pero se consideró importante afirmar, en un documento político, que puede aplicarse un concepto positivo de bienestar y potencial de salud, preferible a la simple preocupación por los fenómenos que dañan la salud. Estas metas se complementan con dos de las existentes en la primera parte del documento (de hecho, con las dos primeras metas): la reducción de la desigualdad y el desarrollo del potencial de salud.

Así pues, se estableció una agenda de promoción de la salud que se incluyó en el documento de política de salud general de la Oficina Regional. Este constituye la base del desarrollo de las políticas nacionales de promoción de la salud, bien como empresa independiente, bien como intención global. En esencia, define un nuevo calendario de salud pública.

¿Qué es lo que resulta nuevo, cuando se estudian detalladamente este trabajo y otros similares hechos en distintas partes del mundo? En general, lo que aparece es una nueva visión de lo que se considera "público" y de lo que es "salud". Comparando la salud pública antigua y la nueva, pueden analizarse las diferencias siguiendo la siguiente matriz de cinco elementos. Estos son los elementos que el ministro Epp ha denominado la visión de una nueva política de salud, y comprenden:

1. *Comprensión del contexto de la nueva salud pública;* la crisis económica, la fuerza de los grupos de presión, la responsabilidad general y del entorno, el estilo de vida de las sociedades.
2. *Volver a pensar el concepto de la salud;* comprenderla no como medición de resultados, sino como un algo dinámico, un proceso y un recurso, algo de gran valor tanto para los individuos como para la sociedad en su conjunto.
3. *Replanteamiento de los problemas y de las prioridades.* Las circunstancias a que nos enfrentamos son más complejas, de un carácter más social, y requieren una comprensión más profunda. Por ejemplo, en Columbia Británica, una de cada cinco mujeres jóvenes tiene un problema de alimentación que se manifiesta como anorexia nerviosa o como bulimia; las

tensiones laborales y familiares podrían ser un riesgo para la salud mayor que el tabaco y lo que llamamos comportamientos de riesgo podrían ser síntomas de un proceso más grave.

Digo esto para subrayar que la promoción de la salud no se aplica solo a los que están sanos (el adorno de la tarta) sino que constituye el enfoque general de los aspectos relacionados con el estilo de vida (estilo de vida de la sociedad) y pretende desarrollar el potencial de salud, cualquiera que sea su punto de partida. En otro contexto, hemos definido este mismo proceso como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas ligadas con una nueva comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos, según la cual nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales.

4. *Integración de nuevos actores.* La promoción de la salud transciende a los profesionales de la salud. Es tarea de toda la población. De hecho, la mayor parte de los conceptos de la promoción de la salud proceden de la población, que a menudo es sumamente experta en su propia salud (pensemos en los movimientos feministas, en los grupos de autoayuda, en las asociaciones de ancianos, en los defensores del medio ambiente, en los movimientos por la paz). Si queremos que la promoción de la salud sea integradora, debemos pensar en todos los actores que influyen en la salud de una comunidad, incluyendo los fabricantes, los comerciantes o los expertos en urbanismo. El nuevo movimiento defensor de la salud pública no se ha establecido definitivamente todavía.
5. *Integración del pensamiento político.* La nueva salud pública necesita los lazos con la acción política que constituyeron una parte esencial de las grandes reformas logradas por la antigua salud pública. Los importantes cambios de Chadwick estuvieron relacionados con las leyes de beneficencia, con la planificación social y con el concepto de cambio de la sociedad. Pensemos en las consecuencias de la Ley de Fábricas de 1833, que impidió el trabajo de los menores de 9 años en los talleres fabriles, limitó sus horarios de trabajo y estableció un sistema de inspección para confirmar su cumplimiento. ¿Dónde se encuentran hoy día leyes similares y dónde están los grupos de presión que las exijan?

Estos cinco elementos ilustran tres ejes nuevos para la acción del sector de la salud:

- garantizar el acceso a la salud, es decir, reducir las desigualdades en relación con la salud,
- crear la abogacía de la salud,
- trascender la asistencia sanitaria.

Los términos clave son acción intersectorial y participación de la población.

UN CAMPO DE TRABAJO PARA LA SALUD PÚBLICA

Para alcanzar estos objetivos, la salud pública necesita *estrategias*. La industria del tabaco tiene estrategias, los medios de comunicación tienen estrategias, e incluso algunos partidos políticos las tienen también, pero ¿dónde está la estrategia de salud pública que nos permita agruparnos en su defensa? Ha comenzado a surgir un paradigma conjunto y ahora es esencial su traducción en acciones. La OMS ha intentado ofrecer cierto respaldo con su documento clave. En el programa de promoción de la salud, hemos añadido dos pasos más al documento sobre Concepto y Principios: un "marco para las políticas de promoción de la salud" y un "marco para los programas de promoción de la salud".

Estas estrategias se desarrollan en torno de lo que acostumbro a llamar el campo de trabajo de la nueva salud pública, que esperamos

nos lleve más allá del campo de la salud. Se basa en una visión integrada y ecológica de la salud pública que no pretende separar el individuo y el entorno, sino considerarlos como un todo.

He intentado definir este campo de trabajo en el modelo (figura 1) que ilustra el título de vuestra Conferencia Anual de este año: *Promoción de la Salud—Estrategias para la Acción.*

El campo de trabajo funciona a todos los niveles: nacional, regional y local.

El triángulo del campo de trabajo enlaza las políticas públicas saludables, la acción comunitaria en temas de salud y la promoción de la salud.

El objetivo consiste en añadir elementos de salud a las políticas públicas, con el fin de crear entornos sanos y hacer más saludable la vida diaria. Por tanto, la agenda debe ser tanto una responsabilidad política y social como una responsabilidad individual. El campo de trabajo subraya la constante interacción existente entre estos niveles y la influencia que los cambios de uno de ellos ejercerán en los demás.

Hacia la derecha de la figura 1 puede verse la doble estrategia de la promoción de la salud: *abogacía* de la salud y *capacitación* para la salud. Ambas estrategias deben basarse en análisis sólidos y profundos, aunque con un campo de investigación mucho más amplio que el utilizado hasta ahora. Los datos precisos para realizar nuevos análisis aplicables a las políticas (procedentes de la economía o de la ciencia política) o a una epidemiología social basada en la realidad deben proceder de un marco interdisciplinario al que todavía tenemos que acostumbrarnos. Para respaldar la acción comunitaria en temas de salud, la promoción de la salud debe emplear distintos enfoques, que abarcan la educación para la salud, la comercialización social, la movilización de la comunidad, el diagnóstico comunitario y la epidemiología de base, todo lo cual exige una amplia gama de habilidades. Quizás sería más conveniente describir el objetivo que se pretende en términos de creación de un clima social favorecedor de la salud que moviliza a la comunidad en interés de la salud.

En el lado de la abogacía, la tarea más importante consiste en asesorar sobre la planificación de la salud y no sobre los servicios de atención a la enfermedad. Supone el desarrollo de estrategias alternativas, opciones políticas, modos factibles y calendarios. Colabora en el asesoramiento sobre los mecanismos de acción intersectorial y responsabilidad en temas de salud. Los círculos indican los lugares en que sería preciso encontrar nuevas tareas, y quizás nuevos mecanismos de organización, para el análisis de la nueva salud pública. Por ejemplo, la distribución de responsabilidades podría ser la misión de una unidad independiente de investigación sobre políticas de promoción de la salud o un departamento ministerial. El asesoramiento en temas relacionados con la planificación podría formar parte de las obligaciones de una dirección general de promoción de la salud o de un comité independiente que respondiera ante un organismo gubernamental. La acción comunitaria podría consistir en el desarrollo de nuevos tipos de foros independientes sobre temas de salud o en consejos locales que cumplirían misiones más importantes que la mera función de legitimación.

Los dos semicírculos del diagrama representan la función mediadora de la promoción de la salud. Están situados en dos posiciones claves: uno representa la acción intersectorial entre departamentos gubernamentales y el otro (situado en el centro del campo de trabajo, por así decir) indica la interacción entre gobierno, grupos de presión más importantes (industria, medicina, trabajo) y fuerzas comunitarias. La OMS ha proporcionado un buen ejemplo en lo que concierne a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. Se trata de una función de equilibrio constante y difícil que requiere grandes habilidades.

Este esquema básico demuestra ya que el personal dedicado a la promoción de la salud no debería proceder de una disciplina creada al efecto, sino contribuir con sus distintas y variadas experiencias obtenidas en disciplinas

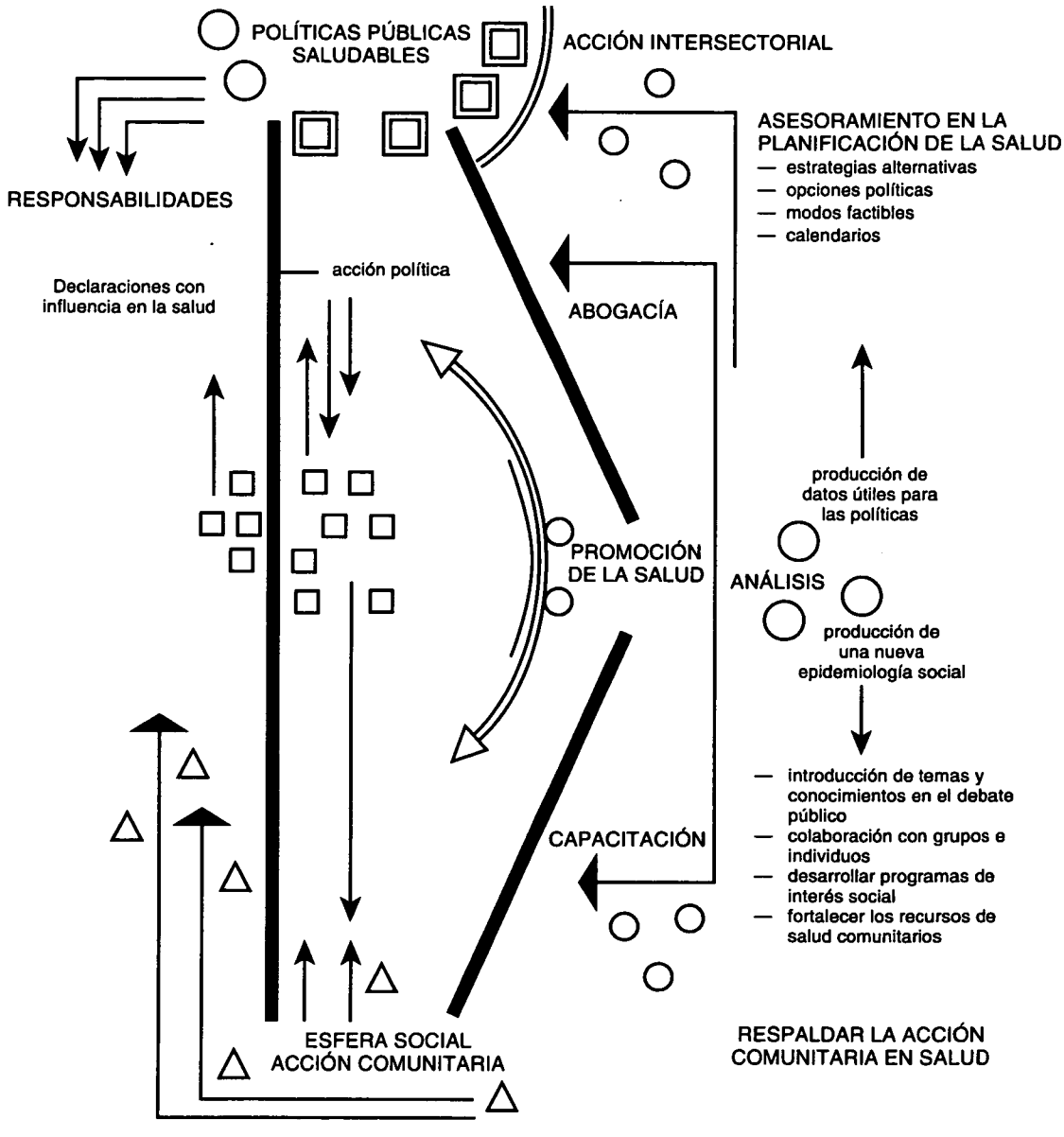


FIGURA 1. El campo de trabajo de la nueva salud pública (Kickbusch, 1986)

y áreas de la sociedad legas y profesionales muy diversas. También pone de manifiesto la necesidad de nuevos tipos de capacidades tales como análisis, pensamiento estratégico, negociación, competencia social o creatividad, por nombrar apenas algunas. Algunos las llamarían cualidades postindustriales.

En el centro, entre el sector político y la esfera social, se han situado simbólicamente los otros sectores y grupos de presión de la sociedad que pueden movilizarse a favor de la salud u oponerse activamente a ella; o sea, algunas industrias, los medios de comunicación, grupos poderosos de intereses. En

general, y al contrario de lo que sucede con los usuarios, estos tienen fácil acceso a los centros de poder. Por ejemplo, es la industria del tabaco, no la madre que vive del subsidio social, quien puede explicar sus puntos de vista a los funcionarios y políticos involucrados, ejerciendo su influencia a través de los mecanismos de regulación. Hemos jugado al mismo juego para influir en las políticas relacionadas con el tabaco y las medidas antitabaco y resulta muy productivo y excitante.

CONCLUSIÓN

Si pensamos en los términos del campo de trabajo, se verá que queda mucho por hacer. Las estructuras de ayer no sirven ya para las realidades de hoy y no nos conducirán hacia el futuro. La crisis de la atención de salud en todo el mundo refleja esta situación. La promoción de la salud no se conseguirá cambiando el nombre de las oficinas encargadas de la educación para la salud.

En muchos casos, la organización de la salud pública como un todo exigirá un diseño completamente nuevo, en especial para reforzar sus dos piedras angulares, la cooperación intersectorial y la participación de la población. En consecuencia, me atrevo a afirmar que la organización del sistema de atención de salud en su conjunto deberá ser rediseñada en torno a un eje que no será la curación, sino la promoción de la salud. Ello nos aproximará aún más a las raíces de la salud pública y de la política social en su sentido más amplio. Me gustaría recordarles dos declaraciones aceptadas por los Estados Miembros de la OMS en los años setenta. Aceptar la salud como uno de los objetivos sociales fundamentales de los gobiernos, es decir, uno de los componentes fundamentales del bien público, y buscar la forma de garantizar que, a finales de este siglo, los ciudadanos del mundo puedan vivir vidas social y económicamente productivas.

Como primer paso, una política de promoción de la salud restablecería los lazos existentes entre salud y bienestar social, entre la calidad de vida colectiva e individual. No trataría de lo que los críticos han llamado "la producción política de estilos de vida" (como los documentos sobre establecimiento de objetivos que consideran la salud como un resultado) sino que consistiría en una "política de estilos de vida" basada en la participación democrática como, por ejemplo, la que pretende delinear la sección sobre estilos de vida del documento clave de la OMS.

En consecuencia, el desarrollo de una noción positiva de lo que hemos llamado "políticas de estilos de vida" supone dar un giro radical a la forma actual de *programar* los estilos de vida para *democratizar* su producción política y su orientación cultural. El fortalecimiento de la sociedad civil en su esfuerzo por recuperar el control de su propia reproducción pasa a ser, en este sentido, un aspecto clave, si deseamos pasar del estado de bienestar a la sociedad del bienestar.

Cuando se habla de tales temas, parece necesario repetir una y otra vez que la salud no es una tarea médica sino un proyecto social ligado a las responsabilidades políticas. Espero que algún día los historiadores del futuro alaben nuestras sociedades tanto por nuestra habilidad para promocionar la salud como por nuestra capacidad para curar la enfermedad o, en otras palabras (implícitas en una filosofía ecológica), por haber creado una sociedad experta, en su conjunto, tanto en curar como en conservar el bienestar.

Así se define, si puede definirse de algún modo, el calendario que nos proponemos para el año 2000 y posteriores, y Canadá parece estar ya en el camino de convertirse en el líder de la salud pública del futuro.

LOGRAR LA SALUD PARA TODOS: UN MARCO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD[1]

Jake Epp[2]

Canadá ha desarrollado un fuerte sistema de atención de salud y ha logrado para sus ciudadanos un nivel de salud del que todos nos sentimos orgullosos. Queremos seguir esta tradición. Si bien es cierto que las perspectivas del canadiense medio acerca de su salud han mejorado durante los últimos decenios, siguen existiendo tres grandes retos a los que las políticas y prácticas de salud actuales no se enfrentan correctamente:

- los grupos desfavorecidos tienen una esperanza de vida significativamente inferior, menos salud y mayor prevalencia de discapacidad que el canadiense medio;
- distintas formas de enfermedades y accidentes prevenibles continúan minando la salud y la calidad de vida de muchos canadienses;
- muchos miles de canadienses sufren enfermedades crónicas, discapacidades o distintas formas de angustia y carecen del respaldo comunitario adecuado para ayudarles a superarlos y a vivir vidas dignas, productivas y plenas de significado.

La era en que nos ha tocado vivir se caracteriza por un cambio social rápido e irreversible. Unas estructuras familiares cambiantes, una población que envejece y una mayor participación de la mujer en la vida laboral están exacerbando algunos problemas de salud y están presionando para lograr nuevas clases de apoyo social. También nos están forzando a buscar nuevos enfoques a fin de tratar eficazmente los problemas de salud del futuro.

Este trabajo propone un enfoque que pretende ayudar a los canadienses a enfrentarse a los nuevos retos que surgen en el campo de la salud. Lo hemos llamado "promoción de la salud". Es el resultado final de las ideas procedentes de distintas áreas, la salud pública, la educación para la salud y la política pública, y supone una extensión del término tradicional. Consideramos que la promoción de la salud es un enfoque que complementa y refuerza el sistema de atención de salud existente.

UNA NUEVA VISIÓN DE LA SALUD

En el pasado, cuando las enfermedades infecciosas eran la causa más importante de enfermedad y de muerte, la salud se definía como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, a mediados de los años ochenta ya

Fuente: Health Canada, 1986. Traducido de Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion, 1986. Se publica con permiso del Ministerio de Suministros y Servicios, Canada, 1995.

[1]Presentado en la Conferencia sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, noviembre de 1986.

[2]Ministro de Salud y Bienestar Nacional, Canadá.

habíamos reducido la incidencia de muchos de estos procesos, y la salud se había convertido en algo más que el mero hecho de no estar enfermo. Así, la salud se definió como un estado de bienestar físico, mental y social completo. En 1974, una publicación federal con el título "*A New Perspective on the Health of the Canadians*" (Una nueva perspectiva acerca de la salud de los canadienses) destacó que la salud de las personas depende de muchos factores: la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de salud y los entornos físicos y sociales que rodean al individuo. Esta representación de los factores que contribuyen a la salud legitimó la idea de desarrollar las políticas y prácticas de salud en un contexto más amplio.

En la actualidad, estamos trabajando con un concepto que considera a la salud como una parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de nuestras vidas. En este contexto, la "calidad de vida" supone la oportunidad de elegir y de obtener satisfacciones por el hecho de vivir. La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud.

Con esta perspectiva, la salud deja de ser mensurable tan solo con los términos estrictos de enfermedad y muerte, y pasa a ser un estado que tanto individuos como comunidades intentan lograr, mantener o recuperar y no algo que sucede únicamente como consecuencia del tratamiento o de la curación de las enfermedades y lesiones. Es una fuerza básica y dinámica de nuestro vivir cotidiano, en la que influyen nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestro marco social, económico y físico.

Esta nueva visión de la salud no supone un cambio brusco o espectacular de nuestra manera de pensar. Es una visión que contempla y acepta conceptos más antiguos y que busca aproximarlos a los problemas contemporáneos.

LOS DESAFÍOS DE LA SALUD NACIONAL

A medida que ampliamos y profundizamos nuestra comprensión de la salud, comenzamos a percibir con mayor claridad la importancia y magnitud de los desafíos que acechan en este campo. También llegamos a la conclusión de que nuestro sistema de salud, tal como es en la actualidad, no sirve para enfrentarse correctamente a los principales problemas de salud de nuestro tiempo.

Los desafíos a que nos enfrentamos hoy día no son nuevos; ya habían sido identificados por separado en distintas ocasiones. Sin embargo, su consideración conjunta nos permite identificar ciertas tendencias. Estas tendencias sugieren que debemos inclinarnos hacia el enfoque que hemos denominado promoción de la salud.

Antes de explorar el significado práctico de la promoción de la salud, examinaremos con mayor detalle la naturaleza de los desafíos a que nos enfrentamos como canadienses. A los efectos de este documento, limitaremos nuestra atención a los retos que consideramos de importancia nacional. No obstante, suponemos que algunas comunidades considerarán tales desafíos excesivamente generales y de poca importancia al lado de los problemas locales o regionales específicos.

Desafío 1. Reducir las desigualdades

El primer desafío a que nos enfrentamos radica en encontrar la forma de reducir las desigualdades con respecto a la salud de los grupos de bajos ingresos de Canadá, en comparación con los de ingresos más altos.

Hay indicios inquietantes de que, pese al excelente sistema de salud de Canadá, la salud de las personas sigue estando directamente relacionada con su situación económica. Por ejemplo, se ha descrito que los hombres de los grupos de ingresos más altos viven seis años más que los de ingresos más bajos. En las mujeres la diferencia es de algunos años menos.

En lo que se refiere a la discapacidad, los datos son aún más sorprendentes. Los hombres de los grupos de ingresos más altos pueden esperar vivir 14 años libres de discapacidad más que los de ingresos bajos; en las mujeres la diferencia es de 8 años.

En los grupos de ingresos más bajos, las personas tienen más probabilidades de morir a causa de caídas accidentales, enfermedades respiratorias crónicas, neumonía, tuberculosis y cirrosis hepática. Algunos procesos son también más prevalentes en estos canadienses: los trastornos mentales, la hipertensión y los trastornos de las articulaciones y los miembros.

Dentro de este estrato de bajos ingresos, ciertos grupos tienen más probabilidades que otros de sufrir una mala salud: las personas de edad avanzada, los desempleados, los receptores de subsidios, las mujeres solteras que mantienen a sus hijos y ciertas minorías, como los nativos y los inmigrantes. Más de un millón de niños canadienses son pobres. La pobreza afecta a más de la mitad de las familias con un solo progenitor, que en la inmensa mayoría de los casos es la madre. Todos ellos pertenecen a grupos para los que la afirmación "una vida más larga, pero una salud peor" es una dura realidad.

Hasta ahora, no hemos hecho lo suficiente para corregir estas desigualdades. A medida que buscamos las políticas de salud que nos permitan llevar confiadamente al país hacia el futuro, resulta cada vez más evidente que la reducción de las desigualdades en el campo de la salud entre los grupos de ingresos altos y bajos constituye uno de nuestros desafíos principales.

Desafío 2. Incrementar el esfuerzo preventivo

Nuestro segundo desafío consiste en encontrar modos nuevos y más eficaces de prevenir la aparición de lesiones, enfermedades, trastornos crónicos y las incapacidades consiguientes.

La prevención comprende la identificación de los factores que causan un proceso y a continuación reducir o eliminar dichos factores. La vacunación y la cloración del agua potable son ejemplos básicos de medidas introducidas para prevenir y reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas. Durante el último siglo, y gracias a los esfuerzos de la salud pública, la práctica de la prevención ha ganado una aceptación general. De hecho, muchas medidas preventivas que hoy damos por sentadas se iniciaron en el siglo XIX.

Durante los últimos años, el esfuerzo preventivo se ha extendido al área de la conducta y el estilo de vida individuales. Cuando se comprendió que el tabaco, el consumo de alcohol y las dietas ricas en grasas estaban contribuyendo en medida variable a la incidencia del cáncer de pulmón, la cirrosis hepática, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tráfico, dirigimos nuestra atención a la reducción de las conductas de riesgo y a intentar cambiar los hábitos de la población.

Por desgracia, la relación causal entre la conducta y la salud no es tan evidente como la que existe entre los "gérmenes" y las enfermedades infecciosas. Hoy en día, los trastornos, las lesiones y las discapacidades a que dan lugar son consecuencia de numerosos factores interrelacionados. Ello implica que la prevención es una tarea mucho más compleja de lo que pudiéramos haber imaginado.

Pese a ello, hay un amplio campo para la prevención. Los niños son ya sus principales beneficiarios. En la atención prenatal y neonatal, las medidas preventivas han resultado en una importante reducción de la mortalidad infantil. También se han hecho notables progresos en la prevención de los trastornos del aprendizaje y se está consiguiendo, por ejemplo, que se superen las dificultades asociadas a la dislexia, la hiperactividad y los defectos del lenguaje y de la audición. En lo que se refiere a los adultos, se calcula que la aplicación de medidas preventivas disminuirá en un 50% la incidencia de cáncer de pulmón y de enfermedades del corazón.

Desafío 3. Incrementar la capacidad de afrontamiento de las personas

En este siglo, las enfermedades crónicas y los problemas de salud mental han sustituido a las enfermedades transmisibles como los problemas de salud más importantes de los canadienses de todos los grupos de edad. Nuestro tercer desafío consiste en incrementar la capacidad de las personas para manejar y afrontar esos procesos crónicos, discapacidades y problemas de salud mental.

Trastornos tales como la artritis, la hipertensión, los procesos respiratorios, la dependencia de fármacos o drogas y la depresión crónica pueden limitar la capacidad de las personas para trabajar, cuidar de sí mismas, llevar a cabo las actividades de la vida diaria y disfrutar de la vida.

Canadá está experimentando una "explosión de edad", y durante los próximos cinco años el número de ancianos del país será más del doble del actual. Así pues, para los canadienses de mayor edad, el hacerle frente a los trastornos crónicos y las consiguientes discapacidades debe ser una preocupación de primera magnitud. Muchas veces, estos ciudadanos incapacitados tienen dificultades para vivir con independencia. Las actividades cotidianas, como abrir un frasco o ducharse, se convierten en retos complejos o incluso imposibles.

Resulta especialmente importante asegurar el apoyo de la población en el campo de la salud mental. Como es obvio, no podemos reducir nuestros esfuerzos en el cuidado de los que sufren enfermedades mentales graves; sin embargo, es imprescindible que asignemos la misma prioridad a la ayuda de las personas mentalmente sanas.

Las encuestas demuestran que muchos canadienses tienen problemas de estrés, particularmente las mujeres. El hecho de que estas tomen tranquilizantes y antidepresivos con una frecuencia más de dos veces superior a la de los hombres nos indica el grado de tensión con el que viven. Para algunas, la causa puede ser la naturaleza variable e incierta de su misión; para otras, puede ser la carga de atender a todos los miembros de la familia, sobre todo a los que sufren enfermedades crónicas o discapacidades. En ambos sexos, encontrarse agotados en el trabajo es un factor adicional de importancia creciente. El carácter cambiante de los papeles sociales y otros factores, tales como el desempleo, también suponen una sobrecarga para el bienestar emocional de los hombres, que pueden desarrollar problemas de salud tales como úlceras, dependencia del alcohol o depresión.

Sabemos que la ansiedad, la tensión, la tristeza, la soledad, el insomnio y la fatiga son a menudo síntomas de un estrés mental que se manifiesta de muchas formas, incluyendo los malos tratos a los niños, la violencia familiar, el abuso de fármacos, drogas o alcohol y el suicidio. Los problemas asociados al estrés mental pueden aparecer en los momentos de crisis o a consecuencia de una acumulación de circunstancias.

Nuestro desafío consiste en proporcionar a las personas con discapacidades y problemas de salud mental las habilidades y el respaldo comunitario necesarios para que funcionen eficazmente, lleven vidas estables y mejoren la calidad de sus vidas. También debemos asegurarnos de que los que cuidan a esas personas tengan acceso al apoyo que precisan. Muchas personas, particularmente mujeres, atienden a otros de forma regular. Su salud y su capacidad para funcionar no es menos importante que la salud de aquellos a los que cuidan. Debemos disponer de los servicios que, como la ayuda domiciliaria, la atención de enfermería domiciliaria, la atención de rescate y la alerta postal, mejoran la capacidad de los discapacitados y de los que cuidan de ellos para afrontar la situación.

Reducir las desigualdades, ampliar el esfuerzo preventivo y mejorar la capacidad de afrontamiento de las personas son los desafíos más importantes a los que nos enfrentamos en Canadá a medida que nos acercamos al siglo XXI. Debemos destinar nuestros esfuerzos y recursos a lograr estos objetivos.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO RESPUESTA

Hasta aquí, hemos descrito una visión general, positiva, de la salud y destacado tres desafíos de la mayor importancia a nivel nacional. Nuestra responsabilidad última radica en garantizar la conservación y mejora de la salud de los canadienses, objetivo que solo podremos lograr cuando cada uno de nosotros tenga la garantía de un acceso igual a la salud. Sin embargo, resulta evidente que las políticas y prácticas actuales no bastan para garantizar que los hombres y mujeres canadienses de todas las edades y procedencias dispongan de una oportunidad similar de lograr la salud.

En nuestra búsqueda de soluciones a este problema, nos hemos hecho dos preguntas: "¿qué mecanismos son necesarios para responder eficazmente a los nuevos desafíos que están surgiendo?" y "¿qué estrategias o procesos será necesario poner en práctica para enfrentarse a estos desafíos?"

Hemos llegado a la conclusión de que la mejor respuesta a ambas preguntas es una aplicación más amplia de la promoción de la salud. Este enfoque preventivo, aplicando los esfuerzos y recursos necesarios, podría integrarse fácilmente en el sistema de salud actual. Creemos que al igual que la atención de salud se considera la clave del arco del sistema de salud canadiense, la promoción de la salud se encuentra en la posición ideal para convertirse en otra clave, igualmente importante, de ese sistema.

La gente suele asociar la promoción de la salud con carteles y folletos, en una visión tan simplista como la de asociar la atención médica a las batas blancas y a los estetoscopios. Según la Organización Mundial de la Salud, "la promoción de la salud es el proceso de permitir a las personas que incrementen el control de, y mejoren, su propia salud". Representa "una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable".

Es muy cierto que, hasta hace poco, la promoción de la salud consistía fundamentalmente en distribuir la información sobre la salud, dirigiendo los mensajes hacia la población con la esperanza de que estas medidas de algún modo trajeran consigo los cambios de costumbres que se pretendían. Si bien de esta forma se lograron algunos cambios de actitudes y conductas, esos cambios han sido lentos y pequeños. Se ha hecho cada vez más evidente que, para ser efectivas, las campañas informativas no deben realizarse aisladamente, sino combinarse con muchas otras actividades. La promoción de la salud se ha convertido en un ejercicio polifacético que comprende educación, formación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario. Esta perspectiva ha sido aceptada por un número creciente de profesionales y miembros de la comunidad de voluntarios. A mediados del decenio de 1970, las actividades de promoción de la salud comenzaron ya a ser visibles en escuelas, servicios de salud comunitarios, comisiones de drogas y alcohol y puestos de trabajo.

Menos de un decenio después, estaban en marcha varios programas de ámbito nacional. Estas importantes iniciativas, que cubrían distintos aspectos de la salud, fueron el resultado de la cooperación de varios niveles de gobierno y del sector voluntario. Entre ellas, destacan "Dialogue on Drinking" (Diálogo sobre la bebida); el "Breast-feeding Programme" (Programa de lactancia materna); "Its Just Your Nerves" (Solo son nervios), un programa sobre el uso de alcohol y tranquilizantes por parte de la mujer; "Time to Quit" (El momento de dejarlo), un programa para dejar de fumar; "Stay Real" (Mantente en la realidad), un programa de información sobre drogas, y "Break Free" (Libérate), una reciente iniciativa de colaboración que pretende reducir el consumo de tabaco entre los jóvenes.

Las comunidades y los grupos voluntarios comprometidos con la realización de las actividades de promoción de la salud a nivel local han logrado recursos económicos, proce-

dentes, por ejemplo, de la financiación federal a través de "New Horizons" (Nuevos Horizontes), consiguiendo financiación para asociaciones voluntarias y el Programa de Contribución a la Promoción de la Salud en todo el Canadá, organizaciones y grupos tan distintos como el Instituto Canadiense de Salud Infantil, la Alianza de Personas Discapacitadas, el Centre des Femmes de l'Estrie, la Sociedad Canadiense de Alzheimer y otros muchos, han contribuido significativamente al creciente historial de este país en lograr la promoción de la salud.

La experiencia acumulada en los últimos 10 años confirma nuestra opinión de que la promoción de la salud es el camino para enfrentarnos a los desafíos que están surgiendo, un enfoque que consiste en apoyar a los canadienses en su búsqueda de una salud de mayor calidad; en resumen, un enfoque que ofrece el medio para lograr la salud de todos los canadienses.

EL MARCO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Al mirar hacia atrás hemos visto nuestros esfuerzos en el campo de la salud y evaluado nuestros progresos. Al mirar hacia adelante hemos visto tendencias hacia grandes desigualdades de salud, especialmente en los grupos desfavorecidos y en las próximas generaciones de ciudadanos de la tercera edad. Hemos revisado un decenio de experiencia en la promoción de la salud. Nuestra conclusión es que la promoción de la salud contiene un considerable potencial para afrontar los complejos desafíos en materia de salud a que se enfrenta nuestro país.

El marco para la promoción de la salud aquí descrito es el medio con el que unir las ideas y las acciones que consideramos fundamentales para lograr la Salud para Todos, objetivo que constituye nuestra aspiración.

Antes identificamos los desafíos a los que se enfrenta la salud nacional y que deben ser superados para lograr ese objetivo. Otros componentes esenciales del marco son un conjunto de mecanismos de promoción de la salud y una serie de estrategias de ejecución. Ahora presentamos estos mecanismos y estrategias, detallando su relación, tanto mutua como con los desafíos planteados en el Marco para la Promoción de la Salud.

Para presentar más claramente todos estos componentes y las relaciones existentes entre ellos, el lector deberá consultar el diagrama denominado "Un marco para la promoción de la salud" (figura 1).

Creemos que la promoción de la salud se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos:

- autocuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud;
- ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, y
- entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

Cuando hablamos de autocuidado, nos referimos a las decisiones tomadas y a las prácticas adoptadas por un individuo con la intención específica de conservar su salud. Un anciano que usa un bastón cuando camina por una acera helada, un diabético que se inyecta insulina, una persona que elige una dieta equilibrada o que hace ejercicio físico con regularidad son ejemplos de autocuidado. Ciertos factores, como las propias creencias, la información adecuada y el hallarse en un entorno manejable, desempeñan un papel importante en estas situaciones. Dicho en otras palabras, estimular el autocuidado supone estimular las elecciones saludables.

El segundo mecanismo, la ayuda mutua, se refiere a los esfuerzos que hacen las personas para corregir sus problemas de salud colaborando unas con otras. Supone que todos se ayudan unos a otros, se prestan mutuo apoyo emocional y comparten ideas, información y experiencias. Conocida a menudo como respaldo social, la ayuda mutua puede surgir en el con-

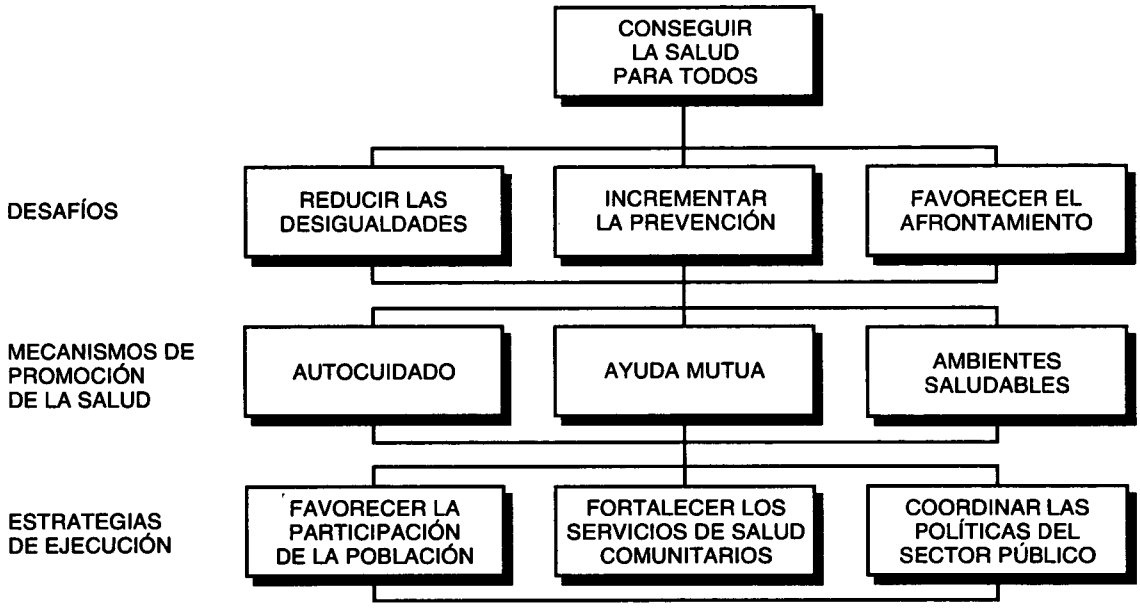


FIGURA 1. Un marco para la promoción de la salud

texto de la familia, el vecindario, la organización voluntaria o el grupo de autoayuda.

Se admite que las redes informales constituyen un recurso fundamental para la promoción de la salud. Son muchas las pruebas de que las personas que reciben respaldo social son más sanas que las que carecen de él. El valor de este respaldo radica en su naturaleza práctica y emocional: permite al individuo vivir relacionado en la comunidad y al mismo tiempo conservar su independencia. Un padre con un hijo minusválido, un anciano con dolores artríticos, un adolescente que consume drogas, son ejemplos de personas que no solo necesitan servicios profesionales, sino también la comprensión y el sentimiento de pertenencia que proceden del respaldo social.

En Canadá, el "movimiento de autoayuda" nos ha proporcionado numerosos ejemplos de lo que es la ayuda mutua en acción. Alcohólicos Anónimos (AA), La Voz de los Ancianos, Padres de la Cuadra, la Coalición de Organizaciones Provinciales de Minusválidos y los centros de ayuda a las mujeres violadas son muestras claras. Mediante la ayuda mutua, las personas se reúnen para afrontar las consecuencias de su mala salud, las sobrecargas, el duelo, la discapacidad o las situaciones de crisis.

El tercer mecanismo de la promoción de la salud es la creación de entornos sanos. Ello implica alterar o adaptar nuestros entornos sociales, económicos o físicos de forma que nos ayuden a conservar y también a aumentar nuestra salud. Implica asegurarse de que existen políticas y prácticas que proporcionen a las personas un medio ambiente saludable en el hogar, en la escuela, en el trabajo o donde quiera que estén y que las comunidades y regiones trabajan juntas para crear entornos que conduzcan a la salud.

Desde este punto de vista, el entorno lo abarca todo; no puede aplicarse el concepto de frontera cuando hablamos de promoción de la salud. El entorno comprende los edificios en que vivimos, el aire que respiramos y los trabajos que hacemos. También supone, por ejemplo, la educación, el transporte y el sistema de salud. Puesto que la magnitud y el ámbito del entorno así entendido son enormes, el cambio medioambiental se convierte en el mecanismo o conjunto de acciones necesarias

para la promoción de la salud más complejo y más difícil de los tres propuestos.

Tanto el sector público como otros sectores han comenzado ya, en grados variables, a estimular a los ciudadanos a que cuiden de sí mismos, a que se reúnan para prestarse apoyo mutuo y a cambiar las circunstancias y entornos que actúan como barreras para conseguir la salud. Sin embargo, en la medida en que existen políticas y prácticas que respaldan el concepto de promoción de la salud, todas ellas tienden a ser más implícitas que explícitas. En casi todos los casos, no son el resultado de una planificación estratégica deliberada. En nuestra opinión, ha llegado el momento de articular con claridad una dirección diseñada expresamente para promover la salud de los canadienses.

Hacerlo supone establecer un conjunto de estrategias cuya ejecución nos permita lograr nuestro objetivo de Salud para Todos. En la 77ª Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública, presentamos seis estrategias para la promoción de la salud: garantizar el acceso a la información sobre salud; estimular el consenso acerca de aspectos particulares de la salud; iniciar la investigación como respaldo de la promoción de la salud; favorecer la participación de la población; defender la participación enérgica del sistema de salud, particularmente en lo que se refiere a los servicios de salud comunitarios, y coordinar las políticas intersectoriales.

De estas seis estrategias, hay tres que proporcionan una dirección clara y que asumen las otras tres. Consideramos que las estrategias o procesos más importantes sobre los que podemos actuar con firmeza como respuesta a los desafíos a que se enfrenta la salud de los canadienses son:

- favorecer la participación de la población;
- fortalecer los servicios de salud comunitarios, y
- coordinar políticas saludables

Exploremos ahora las estrategias que proponemos como base para la acción de campo.

Estrategia 1. Favorecer la participación de la población

La promoción de la salud implica garantizar que los canadienses sean capaces de actuar de forma tal que mejoren su propia salud. En la búsqueda nacional de la salud, las personas constituyen el recurso más importante, tanto individual como colectivamente. Nuestra experiencia confirma que los ciudadanos comprenden y se interesan por las circunstancias y acontecimientos que influyen en su salud. Sabemos que buscan la oportunidad de responsabilizarse de ella.

Favorecer la participación de la población significa ayudar a las personas a tomar el control de los factores que influyen en su salud. Debemos equipar y hacer capaces a las personas de actuar de forma tal que conserven o mejoren su salud. Creando un clima que favorezca la participación de la población, podremos canalizar la energía, la habilidad y la creatividad de los miembros de la comunidad hacia el esfuerzo nacional por conseguir la salud.

La importancia del impacto de la participación de la población en la salud está sobradamente demostrada. En el programa "Be well" (Consérvate bien) de Vancouver, una red de ciudadanos mayores establecieron un modelo de autoayuda para estimular a los participantes a conservar su salud. En Saskatoon, la Cooperativa Crocus ofrece programas y asesoramiento para los adultos que han sufrido enfermedades mentales. En Quebec, una asociación multiétnica proporciona información y ayuda a los niños y adultos con minusvalías para facilitar el uso de los servicios. La Sociedad Canadiense de Anemia Falciforme, que en un principio solo contaba con unos cuantos voluntarios, se ha transformado en una organización nacional dedicada a la educación, la investigación y el asesoramiento de los ciudadanos con esta enfermedad. En una pequeña comunidad de Ontario, los habitantes mayores de edad se reunieron para organizar servicios de comidas, visitas amistosas y ayuda domiciliaria para sus vecinos menos capacitados.

Estos ejemplos ilustran la forma en que el fortalecimiento de la participación de la población puede ayudarnos a afrontar uno de nuestros desafíos más importantes, el de incrementar la capacidad de afrontamiento de las personas. De hecho, podemos estudiar cualquiera de los desafíos de Canadá y obtener pruebas de que los proyectos iniciados por los ciudadanos pueden dar respuestas eficaces a los problemas de salud. La conclusión es evidente: la participación de la población no es solo valiosa sino imprescindible para lograr la salud de los canadienses.

Estrategia 2. Fortalecer los servicios de salud comunitarios

Los servicios de salud comunitarios desempeñan ya un papel indispensable en la conservación de la salud. Creemos que esta misión debería ser ampliada y orientada expresamente hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Al mismo tiempo, comprendemos que hacer los ajustes necesarios para asignar más responsabilidad a los servicios basados en la comunidad implica destinar a dichos servicios una cuota mayor de los recursos.

Una orientación dirigida a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad supone que los servicios de salud comunitarios deberán centrarse sobre todo en la corrección de los problemas de salud que hemos identificado. Por ejemplo, implica que harán más esfuerzos por proporcionar servicios a los grupos más desfavorecidos. Además, implica que las comunidades participarán más activamente en la planificación de sus propios servicios y que se reforzarán los lazos entre las comunidades y sus servicios e instituciones.

De esta forma, los servicios de salud comunitarios se convertirán en agentes de la promoción de la salud, adoptando una misión esencial en el fortalecimiento del autocuidado, la ayuda mutua y la creación de entornos saludables. Ello supondrá una coordinación mucho más estrecha entre sus programas y los de los servicios sociales, a fin de mantener el ritmo del esfuerzo de promoción de la salud. Teniendo en cuenta la gama de responsabilidades que hoy día tienen los servicios de salud comunitarios, parece lógico pensar que son ellos los que deben desempeñar este papel ampliado en la promoción de la salud de las comunidades.

Consideramos de la mayor importancia que los servicios de salud comunitarios colaboren de una forma más activa en ayudar a las personas a superar sus discapacidades. Para que la gente funcione eficazmente, deberá haber una continuidad de la atención que sea lo bastante flexible como para cubrir sus necesidades de apoyo (tanto transitorias como a largo plazo) pero sin hacer cambios innecesarios, y quizás hasta desestabilizadores, en sus vidas. Para ello, será imprescindible que los servicios existentes estén coordinados. Los servicios de salud comunitarios constituyen el núcleo natural para la coordinación de servicios tales como el asesoramiento, la atención domiciliaria, la atención de rescate, la evaluación y el valioso trabajo de los voluntarios.

Las personas que intentan superar sus problemas de salud mental también se verían beneficiadas del fortalecimiento de los servicios comunitarios. Aunque resulta evidente que los enfermos más graves necesitan servicios de atención psiquiátrica, los que tienen dificultades para enfrentarse a los problemas de la vida diaria podrían ser ayudados por estos servicios comunitarios.

Para todos los que pretenden responsabilizarse de su propia salud, ya sea en grupos o como individuos, los servicios de salud comunitarios están en la posición idónea para adoptar un papel mucho más prominente en el esfuerzo de promoción de la salud.

Estrategia 3. Coordinar políticas saludables

Las medidas políticas tienen una capacidad potencial considerable para influir en las elecciones cotidianas de la población. No sería exagerado afirmar que las medidas políticas

tienen el poder de proporcionar a los ciudadanos la oportunidad de mejorar su salud así como de negarles dicha oportunidad.

Todas las políticas, y por tanto todos los sectores, influyen en la salud. Lo que deseamos es una política saludable.

Creemos que la promoción de la salud es el método más adecuado para lograr nuestro objetivo final, el de la igualdad de acceso a la salud. Sabemos que el autocuidado, la ayuda mutua y el cambio saludable del medio ambiente son partes integrales de la promoción de la salud, y que la probabilidad de que se produzcan es mucho mayor cuando existen medidas políticas que los favorecen. Las políticas saludables ayudan a crear el escenario en que la promoción de la salud puede desarrollarse, ya que facilitan la elección de opciones saludables.

Todas las políticas que influyen directamente en la salud deben ser coordinadas. La lista es larga y comprende, entre otras, la seguridad de los ingresos, el empleo, la educación, la vivienda, los negocios, la agricultura, el transporte, la justicia y la tecnología. No será tarea fácil coordinar las políticas de los distintos sectores, puesto que todos ellos tienen, como es obvio, sus propias prioridades. Debemos tener en cuenta que para estos otros sectores la salud no es necesariamente prioritaria. Ello significa que debemos hacer que los temas de salud resulten atractivos para esos otros sectores, siguiendo métodos parecidos a los que usamos para hacer que las opciones saludables resulten atractivas para la población.

A veces, los intereses de los distintos sectores son conflictivos. Esos conflictos son intrínsecos de nuestra sociedad. Tomemos el ejemplo del tabaco. Proponemos un entorno libre de humo. Por otra parte, hay agricultores canadienses que viven del cultivo del tabaco. Todo cambio de política con respecto al tabaco supondrá un cambio tanto para los fumadores como para los agricultores. En este caso, la adopción de una política pública saludable exigirá responder a una situación con importantes implicaciones para la salud y para la economía.

El gobierno federal ha iniciado ya el proceso de diseñar una política de salud acerca del tabaco. En octubre de 1985, los Ministerios de Salud federal y provinciales/territoriales y siete organizaciones no gubernamentales patrocinaron un programa para reducir el hábito de fumar. También se han hecho consultas a los departamentos federales responsables de la agricultura, la justicia, el transporte, la renta pública y la Junta del Tesoro. Como consecuencia de ello, algunos de estos departamentos están revisando sus políticas en las áreas correspondientes, tales como el consumo de tabaco en los puestos de trabajo y en el transporte público, la sustitución de cosechas y las prácticas de mercado de las compañías tabacaleras.

Otro tema que obliga a la coordinación intergubernamental es el tráfico. Desde la perspectiva de la promoción de la salud, nuestra responsabilidad consiste en hacer que se considere socialmente inaceptable la conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol y reducir las consecuencias, a menudo trágicas, de esta conducción. Otras responsabilidades de igual importancia serían modificar el código penal, mejorar la seguridad vial, incrementar la eficacia de la policía y controlar la disponibilidad de alcohol. En este contexto, se están consiguiendo cambios coordinados de las políticas mediante consultas y acuerdos entre los departamentos federales de Salud y Bienestar Social, Justicia, Transporte y el Fiscal General y sus contrapartidas provinciales.

El tabaco y el tráfico son apenas dos ejemplos de intentos hechos para garantizar la coordinación de las políticas. El aspecto fundamental, sin embargo, para que las políticas sean saludables, es que respondan a las necesidades de salud de los ciudadanos y de sus comunidades, tanto si se desarrollan en las oficinas gubernamentales como si lo hacen en los parlamentos, las salas de reunión, las parroquias, las asambleas sindicales o los centros para la tercera edad.

Las estrategias de refuerzo mutuo, junto con los mecanismos para aplicarlas, comprenden los elementos básicos del marco para

la promoción de la salud. Conviene afirmar ahora que cualquier estrategia o mecanismo, por sí solo, tiene escaso impacto. Solo reuniendo las distintas piezas, asignando los recursos y estableciendo las prioridades podremos asegurarnos de que la promoción de la salud tiene un significado y cobra vida. Creemos que el enfoque que proponemos nos permitirá resolver ética y eficazmente los problemas actuales y futuros de la salud.

CONCLUSIÓN

Esta es, pues, nuestra propuesta de un marco para la promoción de la salud: una visión de la salud como dimensión de la calidad de vida; una articulación de los desafíos actuales y futuros a los que se enfrenta el país; una comprensión de la promoción de la salud como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud; una identificación de tres mecanismos que permiten darle fuerza a la promoción de la salud y, por último, una elaboración de tres estrategias de ejecución que creemos hará posible que todos los canadienses consigan el acceso a la salud en condiciones de igualdad.

En resumen, la promoción de la salud supone el compromiso de enfrentarse a los desafíos de reducir las desigualdades, incrementar el ámbito de la prevención y ayudar a los ciudadanos a afrontar sus circunstancias. Supone favorecer la participación de la población, el fortalecimiento de los servicios de salud comunitarios y la coordinación de las políticas públicas que afectan la salud. Además, supone la creación de entornos saludables, en los que las personas estén mejor preparadas para cuidar de sí mismas y ofrecerse apoyo mutuo en la resolución y superación de los problemas de salud colectivos.

Parece haber llegado el momento oportuno para la promoción de la salud. Los signos son evidentes en todo el país. Las juntas regionales de salud, las organizaciones profesionales, los consejos provinciales y nacionales y las asociaciones de voluntarios están articulando políticas que respaldan el concepto de promoción de la salud. La prueba más convincente es la voz de la opinión pública. En todas partes, la gente está demostrando su deseo de actuar en relación con los asuntos de salud. Cada año, por ejemplo, los programas de financiación federal reciben miles de solicitudes de recursos que se destinarán a proyectos de salud comunitaria. Las mujeres de bajos ingresos, los ciudadanos de edad avanzada, los pueblos nativos, los discapacitados, los grupos de inmigrantes y muchas otras personas están expresando sus propias ideas sobre las necesidades de salud de sus comunidades, así como su voluntad de encontrar la forma de satisfacer esas necesidades.

Sabemos que la promoción de la salud plantea ciertos dilemas inherentes. Por ejemplo, no podemos pedir a la gente que asuma la responsabilidad de su salud y a continuación culparlos por las enfermedades y minusvalías que son consecuencia de circunstancias sociales y económicas sobre las que no pueden influir. Este "culpar a la víctima" se basa en el concepto poco realista de que el individuo ejerce el control último y completo de su vida y de su muerte.

En segundo lugar está la cuestión de la asignación de recursos en esta época de escasez. La disponibilidad de financiación es, evidentemente, un tema crítico para todos nosotros. Canadá ha conseguido controlar bastante bien el aumento de sus gastos de atención de salud. Sin embargo, la contención del gasto es motivo de preocupación constante. Las presiones creadas por una población que envejece y la incidencia cada vez mayor de discapacidades en nuestra sociedad supondrán una gran carga para nuestros recursos económicos. Creemos, no obstante, que el enfoque de promoción de la salud tiene la capacidad de retrasar, a largo plazo, el incremento de los costos de la atención de salud.

Cada día los canadienses se enfrentan a situaciones difíciles. Vemos adolescentes embarazadas e infelices, niños víctimas de abusos, mujeres deprimidas, ancianos solitarios, hombres de edad madura incapacitados por

cardiopatías y personas que sufren enfermedades incurables, como la esclerosis múltiple o la artritis. Sin embargo, hay que reconocer también la otra parte de la historia. Vemos hogares de transición, asesoramiento familiar, centros de tratamiento contra las drogas, grupos de ayuda mutua, esfuerzos de las empresas por contratar a discapacitados y, sobre todo, personas que voluntariamente se ayudan a sí mismas y a los demás. Esto es lo que queremos ver y esto es lo que queremos promover.

El Marco para la Promoción de la Salud nos ayuda a definir las formas más adecuadas para enfrentarnos a los problemas de salud de cada día. Podemos utilizarlo para visualizar las clases de mecanismos y estrategias que son necesarios para respaldar y animar a los canadienses en su intento por vivir vidas más completas y saludables. En el marco se unen distintos conceptos, proporcionándonos una forma especial de pensar y de actuar hacia el logro de nuestro objetivo de salud para cada uno de los que habitan en este país. Por encima de todo, la promoción de la salud es un enfoque que puede ser desarrollado progresivamente e integrado en nuestro sofisticado sistema de atención de salud. En nuestras vidas privadas y profesionales, muchos de nosotros estamos pensando y actuando ya de formas compatibles con el concepto de promoción de la salud.

Pasará algún tiempo antes de que se pueda llenar de significado la promoción de la salud. Una parte esencial del proceso será el diálogo nacional que nos permitirá evaluar las implicaciones de la promoción de la salud. Los conocimientos y experiencias se están acumulando con rapidez: individuos y grupos de muchas partes del país están ya familiarizados con el enfoque que llamamos promoción de la salud.

Tenemos los cimientos sobre los que edificar. Continuemos en nuestro esfuerzo por lograr la salud y mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades de Canadá.

CONCEPTOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: DUALIDADES DE LA TEORÍA DE LA SALUD PUBLICA[1]

Milton Terris[2]

Existe mucha confusión acerca del concepto de promoción de la salud. Se trata de un concepto muy amplio sobre el cual distintos grupos han tendido a limitarse a uno u otro aspecto de la formulación total. En este trabajo, se intenta desarrollar un concepto unificado de la promoción de la salud basado en el estudio de sus antecedentes históricos. La hipótesis planteada es que las diferencias del concepto de promoción de la salud surgen fundamentalmente de una dualidad de la teoría de la causalidad de las enfermedades, es decir, por un lado, las causas específicas de las enfermedades y, por otro, las causas generales.

LOS ANTECEDENTES DEL SIGLO XIX

Vayamos a Escocia en el año 1820, cuando William P. Alison, Profesor de Jurisprudencia Médica en la Universidad de Edimburgo, describió la estrecha asociación existente entre la pobreza y la enfermedad. Posteriormente, sus experiencias con las epidemias de tifus y fiebre recurrente en 1827–1828 y de cólera en 1831–1832 le permitieron afirmarse en su idea. En su informe a los Comisionados para la Ley de Pobres inglesa, se opuso enérgicamente a la teoría de los miasmas que ellos defendían. Estaba convencido de que, en Edimburgo

> puede gastarse mucho dinero en eliminar diversas molestias, tales como los prados anegados de la vecindad y los estercoleros de las distintas partes de la ciudad, todo lo cual sería perfectamente ineficaz para prevenir la reaparición de la fiebre epidémica mientras continúen como en los tiempos actuales las condiciones y costumbres de la gente más pobre y sus recursos se vean reducidos por cualquier causa a la indigencia, en esta ciudad y en otras partes de Escocia.

Los otros informes procedentes de Escocia coincidían con las opiniones de Alison: defendían la necesidad urgente de atacar las causas de la miseria *(1)*.

En una época en que todavía no se había establecido la teoría germinal como causa de enfermedad, el conflicto teórico descrito en el

Fuente: *Journal of Public Health Policy* 1992;13(3, autumn):267–276. Se publica con permiso de Journal of Public Health Policy, Inc., South Burlington, Vermont, Estados Unidos de América.

[1]Este artículo se basa en un trabajo que se presentó en la Conferencia para Establecer la Estrategia de Promoción de la Salud, organizada por la Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., el 17 de junio de 1992.

[2]Editor, Journal of Public Health Policy, Inc., South Burlington, Vermont, Estados Unidos de América.

párrafo anterior se planteaba entre una causa general correcta, la miseria y el hambre, y una causa específica incorrecta, los miasmas. En otros países también se dio importancia a la causa general. En Francia en 1826, Louis René Villermé escribió su informe *Sobre la mortalidad en los distintos barrios de París, demostración de la relación entre la pobreza y la enfermedad*, y en 1840 publicó lo que consideraba su *opus magnum*, la *Encuesta sobre las condiciones físicas y morales de los obreros de las fábricas de algodón, lana y seda*, en la que demostraba que eran las increíbles condiciones de vida de estos trabajadores las que causaban su muerte prematura *(2,3)*. También en Alemania, Rudolf Virchow, al investigar una epidemia en los distritos industriales de Silesia en 1847,

> llegó a la conclusión de que las causas de la epidemia eran tanto sociales y económicas como físicas. El remedio que recomendó consistía en prosperidad, educación y libertad, que solo pueden desarrollarse en 'una democracia libre e ilimitada' *(4)*.

Los epidemiólogos, a partir de John Snow en sus estudios clásicos sobre el cólera *(5)*, han descrito desde entonces las múltiples formas en que las causas generales, la miseria y el hambre, influyen en la relación entre los agentes causales específicos, el huésped y el ambiente. Cabe destacar que aquí no existe conflicto alguno entre causas generales y específicas, puesto que operan en conjunto como una "membrana causal".

EL CONCEPTO ORIGINAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Hasta donde yo sé, el término "promoción de la salud" se utilizó por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist, el gran historiador médico, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento de los enfermos y 4) la rehabilitación, y afirmó que "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso" para lo cual pidió el esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. Esta petición se repitió, 40 años más tarde, en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

Sigerist señaló también que "la promoción de la salud tiende, evidentemente, a prevenir la enfermedad, pero una promoción eficaz exige medidas protectoras especiales", tales como el alcantarillado, el control de las enfermedades transmisibles, la salud materno-infantil y la de los trabajadores *(6)*. Resulta claro que, si bien este autor definió la promoción de la salud en términos de los factores generales que causan enfermedad, él considera que tanto las causas generales como las específicas son importantes en cuanto a la prevención. Es interesante observar que, en 1942, en el listado de los aspectos fundamentales a incluir en un programa nacional de la salud situó en primer lugar la educación gratuita de todas las personas, incluso la educación para la salud; seguida de las mejores condiciones posibles de trabajo y de vivienda; en tercer lugar, aparecen los mejores medios posibles de descanso y esparcimiento. La atención médica venía en cuarto lugar y la investigación y la formación, en el quinto. También vale la pena señalar que la formulación de Sigerist para la atención médica pedía

> un sistema de instituciones sanitarias y de personal médico accesibles a todos, responsables de la salud de la población, preparado y capacitado para aconsejar y ayudar a los ciudadanos a mantener la salud y a restablecerla cuando la prevención haya fallado *(7)*.

LA SEGUNDA REVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En los primeros decenios del siglo XX, los conceptos de higiene y medicina social se

hallaban bien desarrollados en Europa continental. Por ejemplo, ya en el año 1909, Ludwig Teleky defendió en Viena

> la necesidad de investigar las relaciones entre el estado de salud de un grupo de población y sus condiciones de vida, que dependen de su posición social, así como las relaciones entre los factores nocivos que actúan de una forma particular o con intensidad especial en un grupo social y las condiciones de salud de ese grupo o clase social *(8)*.

Es evidente que le preocupaban tanto las causas generales, las condiciones de vida, como las causas específicas, los "factores nocivos" del entorno físico y social que determinan el estado de salud de un grupo o clase social. Este concepto dual se vio también en los defensores británicos de la medicina social, si bien su principal interés radicaba en dilucidar las causas específicas. Como señaló John A. Ryle, el primer Profesor de Medicina Social de Gran Bretaña, nombrado en 1943 en la Universidad de Oxford:

> La salud pública . . . se ha preocupado sobre todo de las enfermedades transmisibles, sus causas, distribución y prevención. A la medicina social conciernen todas las enfermedades que tienen prevalencia, incluidas la enfermedad reumática del corazón, la úlcera péptica, las enfermedades reumáticas crónicas, la enfermedad cardiovascular, el cáncer, las psiconeurosis y las lesiones accidentales . . . que también tienen sus epidemiologías y sus correlaciones con las condiciones sociales y laborales y que, en algún momento, deberán ser consideradas como prevenibles en mayor o menor grado *(9)*.

En Gran Bretaña, el movimiento de la medicina social fue un factor fundamental para el desarrollo de la epidemiología de las enfermedades no infecciosas. En los Estados Unidos, por otra parte, este desarrollo se había producido bajo las alas de la salud pública, más que de la medicina social. En ese país, el Servicio de Salud Pública federal y varios departamentos estatales desempeñaron una función clave de este movimiento creciente.

Desde hace 50 años, los epidemiólogos nos han proporcionado armas poderosas para prevenir las causas más importantes de muerte, discapacidad y enfermedad tales como la cardiopatía isquémica, algunas formas de cáncer, la enfermedad cerebrovascular, las lesiones, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la cirrosis hepática. Esto se ha conseguido al descubrir distintos factores causales específicos tanto en el entorno físico (las radiaciones, las sustancias químicas tóxicas, los agentes carcinógenos, etc.) como en el social (hábito de fumar, dietas ricas en grasa, consumo de alcohol y falta de ejercicio físico). Se admite que estos últimos son factores "del estilo de vida", en el sentido de que las personas pueden tomar decisiones que influyen en su exposición a esos agentes.

EL INFORME LALONDE

El Informe Lalonde *(10)*, publicado por el Gobierno de Canadá en 1974, fue la primera declaración teórica general de la salud pública surgida de los descubrimientos hechos en el campo de la epidemiología de las enfermedades no infecciosas. Desde la estrecha perspectiva tradicional de que "el arte o la ciencia de la medicina ha sido el manantial del que han surgido todos los progresos de la salud" se pasó a un Concepto de Campo de Salud más amplio, de forma que el campo de la salud consta de cuatro grandes elementos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención sanitaria. La orientación preventiva del Informe resulta clara cuando afirma:

> Hasta ahora, casi todos los esfuerzos hechos por la sociedad para mejorar la salud y la mayoría de los gastos directos en salud se han centrado en la organización de los servicios de atención sanitaria. Sin embargo, cuando identificamos las principales causas actuales

de enfermedad y muerte en Canadá, vemos que están arraigadas en los otros tres elementos del concepto: biología humana, medio ambiente y estilos de vida. Por tanto, es evidente que se están gastando grandes sumas en el tratamiento de enfermedades que podrían haberse evitado.

Con base en el Concepto de Campo de Salud, se propusieron cinco estrategias: 1) una estrategia de promoción de la salud, 2) una estrategia reguladora, 3) una estrategia de investigación, 4) una estrategia de eficiencia de la atención sanitaria y 5) una estrategia de establecimiento de objetivos.

La estrategia de promoción de la salud se orientaba hacia la modificación de los estilos de vida. Se sugerían un total de 23 medidas distintas. Casi todas ellas se referían a factores específicos del estilo de vida, como la dieta, el tabaco, el alcohol, las drogas y la conducta sexual. Las medidas propuestas abarcaban programas educativos dirigidos tanto a los individuos como a las organizaciones y la promoción de recursos adicionales para el recreo físico.

GENTE SANA: EL INFORME DEL CIRUJANO GENERAL

Aunque en el Informe Lalonde la promoción de la salud se consideraba una de varias estrategias preventivas, el informe de 1979 del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos causó cierta confusión. El mismo título del libro, *Gente Sana: Informe del Cirujano General sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (11)* diferenciaba la promoción de la salud de la prevención de la enfermedad, dándoles igual importancia. La promoción de la salud se definía en relación con los cambios de los estilos de vida, mientras que la prevención se refería a la protección de la salud frente a las distintas amenazas procedentes del ambiente. La separación entre ambas y el haberle otorgado, en apariencia, un valor similar dieron lugar a múltiples interpretaciones sobre la misión exacta de la promoción de la salud. Para algunos, esta cubría la totalidad de los servicios sanitarios; para otros, era un sinónimo de la prevención y para otros aún, era un campo al que esta última debía subordinarse.

EL PAPEL DE LOS FACTORES GENERALES EN LA SALUD

Pese a todo, la diferencia conceptual más importante se da entre las definiciones de la promoción de la salud tanto del Informe Lalonde como el del Cirujano General de los Estados Unidos, que la relacionan con estilos de vida específicos, y la definición original del concepto en términos de factores generales, como "condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, formas de esparcimiento y descanso". Estos factores causales generales son de la mayor importancia y su olvido coarta seriamente la eficacia de los programas preventivos.

La epidemia de cólera en América Latina es un claro ejemplo. El Director de la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, ha señalado que

> el cólera debe considerarse como una enfermedad clásica de la pobreza, con características de transmisión asociadas directamente con las comunidades marginales: la falta de agua potable, los alimentos contaminados, el alcantarillado inexistente o insuficiente, la gran densidad de población y la higiene personal defectuosa. [Además, afirma] "En América Latina hay 180 millones de personas que viven en la pobreza, cifra que se calcula que ha aumentado en 50 millones durante el último decenio ... El crecimiento de la pobreza y la carencia de recursos económicos han producido el deterioro de los sistemas, ya insuficientes, de atención sanitaria, agua y saneamiento". Lo mismo puede decirse de las enfermedades diarreicas, que "cada año causan la muerte de más de 300.000 niños menores de cinco años de edad en las Américas" *(12)*.

Es importante observar que, como se ha señalado ya, Henry Sigerist hizo de la educación gratuita de toda la población el primer objetivo de un programa nacional de salud. Una educación insuficiente, que produzca analfabetos formales y funcionales, es un obstáculo importante para el aprendizaje de las medidas preventivas como la higiene personal, la vacunación y los cambios del estilo de vida. En Canadá, por ejemplo, la prevalencia del hábito de fumar en las mujeres disminuyó solo 7% entre 1977 y 1981, pero en las mujeres con certificados o diplomas de educación media o superior este descenso fue de 25% y en las que tenían un título universitario, de 41% *(13)*. En los Estados Unidos, la prevalencia del consumo de cigarrillos entre 1974 y 1987 descendió solo 7% en las personas con menos de 12 años de escolarización, 13% en los que tenían 12, 24% en los que tenían de 13–15 y 39% en los que habían recibido 16 años o más de educación. En 1987, la prevalencia del consumo de cigarrillos era de 41% en el primer grupo, de 32% en el segundo, de 27% en el tercero y de solo 17% en el último, el de mayor nivel de educación *(14)*.

Existen grandes variaciones en las condiciones de vida y trabajo de las distintas clases sociales, al igual que en lo que se refiere a la educación y a otros factores generales relacionados con el estado de salud. En Inglaterra y Gales, la desigualdad en mortalidad de las distintas clases sociales no solo no ha disminuido desde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1948, sino que, de hecho, ha aumentado. La razón de mortalidad estandarizada (RME) de las dos clases más altas (profesionales y directivas) fue de 91 en 1951 y de 80 en 1971; el de las dos clases más bajas (trabajadores no calificados o semicalificados) fue de 110 y 121 para los mismos años respectivamente. La diferencia de RME ascendió a más del doble en 20 años, de 19 en 1951 a 41 en 1971 *(15)*.

En los Estados Unidos no se dispone de datos de mortalidad según la clase profesional o los niveles de renta. Sin embargo, los datos sobre morbilidad indican grandes diferencias de clase en lo que a enfermedad y discapacidad se refiere. En 1989, la quinta parte de la población con ingresos más bajos, equivalentes a una renta familiar de US$ 15.000 anuales, tenía más del doble de personas con algún tipo de incapacidad debida a un proceso crónico, más del doble de días de actividad limitada, más del doble de días de permanencia en cama como consecuencia de enfermedad, lesión o discapacidad, y cuatro veces más personas con salud regular o mala que la quinta parte más rica, con rentas familiares anuales de $50.000 o más *(16)*.

Quizás uno de los ejemplos más dramáticos de la importancia de la clase social como factor determinante del estado de salud sea el de Canadá, país que dispone de un sistema de atención médica universal y que tiene la esperanza de vida más alta de las Américas. Durante los últimos años del decenio de 1970, la diferencia de la esperanza de vida entre los ciudadanos situados en uno y otro extremo de los cinco escalones de renta era de 4,4 años; la diferencia en cuanto a la esperanza de vida sin discapacidad era de 11 años. Los pobres de Canadá tienen, como promedio, solo 55 años de vida saludable, esto es, libre de discapacidad, en comparación con los 66 años de los canadienses ricos *(17)*.

LA CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Estos ejemplos de la importancia de las causas generales constituyen la base de la decisión de la Organización de la Salud, Salud y Bienestar de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública de organizar una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en 1986. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud *(18)*, adoptada por los 112 participantes procedentes de 38 países, supone la síntesis de los enfoques orientados hacia las causas generales y particulares de la promoción de la salud. Al igual que Alison, Virchow, Villermé, Sige-

rist y otros muchos, la Carta declara sin lugar a dudas que

> Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Por otra parte, la Carta subraya también la necesidad de incrementar las oportunidades a fin de que las personas puedan hacer elecciones saludables en temas específicos, para lo que debe proporcionarse información, educación para la salud y mejora de las capacidades aplicables a la vida cotidiana.

ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Carta de Ottawa afirma que "la política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos". Además, y puesto que se preocupa tanto por las causas generales como por las específicas, subraya el papel fundamental de la acción multisectorial para la promoción de la salud, señalando que

> el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación.

Hay otros dos aspectos significativos en los que la Carta de Ottawa se separa de los enfoques tradicionales de las estrategias para la salud. Ambos hunden sus raíces en los predecesores intelectuales del actual movimiento a favor de la promoción de la salud: en Rudolf Virchow, cuyo remedio para las epidemias de 1847 consistía en "prosperidad, educación y libertad que solo pueden desarrollarse en 'una democracia libre e ilimitada' " *(4)*, y en Henry Sigerist quien, comentando el movimiento sanitario alemán de 1848, observó que

> el pueblo no fue consultado. Los ciudadanos no tuvieron voz ni voto en estas deliberaciones. Sin embargo, la salud del pueblo es problema del pueblo. La gente debe desear la salud. Debe luchar por ella y planificar para ella *(19)*.

La Carta de Ottawa se destaca porque rechaza el enfoque de la educación para la salud tradicional, en el que la población desempeña tan solo un papel pasivo como receptora de los programas educativos desarrollados por los profesionales de la salud y los especialistas en técnicas de comunicación. Por el contrario, la Carta exige una participación activa de la población, en un proceso que

> proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida . . . se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud. La Carta subraya asimismo que las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud *(18)*.

Otra de las características esenciales de la estrategia de la Carta de Ottawa es solicitar el fortalecimiento de la acción comunitaria:

> La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que

tengan sobre sus propios empeños y destinos *(18)*.

Desde entonces, esta estrategia de acción comunitaria se ha hecho operativa a través del rápido desarrollo del movimiento de las Ciudades Saludables patrocinado por la Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud. En las Américas, el Canadá ha abierto el camino mediante el Proyecto de Comunidades Sanas patrocinado por la Asociación Canadiense de Salud Pública, el Instituto de Planificadores de Canadá y la Asociación de Municipios Canadienses. Más recientemente, la Organización Panamericana de la Salud ha decidido copatrocinar, junto con la Oficina Regional de la OMS para Europa y el Ministerio de Sanidad y Consumo español, un simposio que se celebrará en 1991 en Sevilla bajo el lema "Retos urbanos y ciudades saludables/Municipios saludables: Un puente entre Europa y las Américas".

CONCLUSIÓN

La Carta de Ottawa define ampliamente la promoción de la salud como el proceso "que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Afirma claramente que la promoción de la salud "transciende la idea de formas de vida sanas" para incluir "las condiciones y requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad".

Esta orientación revela los tres componentes entrelazados de la estrategia de promoción de la salud:

- Acción intersectorial, para lograr políticas públicas saludables, además de políticas de salud pública.
- Afirmación de la función activa de la población en el uso de sus conocimientos sobre la salud para hacer elecciones saludables y para obtener mayor control sobre su propia salud y sobre su ambiente.
- Acción comunitaria por los ciudadanos a nivel local. El fortalecimiento de la participación de la población y de la dirección de los temas relacionados con la salud por la misma es el meollo de la estrategia de promoción de la salud.

El concepto general de la promoción de la salud de la Carta de Ottawa es totalmente compatible con el concepto epidemiológico de la "membrana causal". Tomando en consideración todos los factores, generales y específicos, podremos reorientar nuestras estrategias para lograr un trabajo más eficaz. La teoría es la base de la práctica; sigamos adelante con una visión más clara.

REFERENCIAS

1. Brotherston, J. H. F. *Observations on the Early Public Health Movement in Scotland.* London: H. K. Lewis & Co., 1952, pp. 58, 83.
2. Ackerknecht, E. H. "Hygiene in France, 1815–1848," *Bull. Hist. Med.* 22 (1948): 117–55.
3. Coleman, W. *Death is a Social Disease: Public Health and Political Economy in Early Industrial France.* Madison, WI: University of Wisconsin Press, 1982.
4. Sigerist, H. E. *Medicine and Human Welfare.* New Haven: Yale University Press, 1941, p. 93.
5. *Snow on Cholera.* New York: The Commonwealth Fund, 1936.
6. Sigerist, H. E. *The University at the Crossroads.* New York: Henry Schuman, 1946, pp. 127–28.
7. Reference 4, p. 104.
8. Rosen, G. "What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept." *Bull. Hist. Med.* 21 (1947): 674–733.
9. Ryle, J. A. *Changing Disciplines.* London: Oxford Univ. Press, 1948, p. 12.
10. Lalonde, M. A *New Perspective on the Health of Canadians.* Ottawa: Government of Canada, 1974.
11. *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention.* Washington, DC: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, DHEW (PHS) Publication No. 79-55071, 1979.
12. Macedo, C G. "Overview of the Epidemic and the Regional Plan," in *Confronting Cholera,* North-South Center, 1991.
13. Terris, M. "Newer Perspectives on the Health of

Canadians: Beyond the Lalonde Report," *J. Public Healthy Policy* 5 (1984): 327–37.
14. *Health United States 1989.* U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1990, p. 166.
15. Wilkinson, R. G., editor. *Class and Health: Research and Longitudinal Data.* London: Tavistock Publications, 1986, p. 14.
16. *Educational Differences in Health Status and Health Care.* Vital and Health Statistics, Series 10, No. 179, Publication No. (PHS)91-1507. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1991.
17. Wilkins, R, and Adams, O. B. "Health Expectancy in Canada, Late 1970s; Demographic, Regional and Social Dimensions. *Am. J. Pub. Health* 73 (1983): 1073–80."
18. *Ottawa Charter for Health Promotion.* Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986 Véase la pág. 367 de este libro.
19. Reference 4, p. 96.

SEGUNDA SECCIÓN

CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA

BÚSQUEDA DE BENEFICIOS ECONÓMICOS CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD[1]

Nancy Milio[2]

INTRODUCCIÓN

Durante los años ochenta, la política de salud de los Estados Unidos se centró en los problemas relativos a la prestación de atención de salud, específicamente en la reducción de los gastos de reembolso del Gobierno Federal, y no en la mejora de las perspectivas de salud de los habitantes del país. A pesar de los múltiples problemas que afectan a una gran parte de la población, los debates del Congreso, la legislación, los boletines políticos y las discusiones de la prensa trataron únicamente el tema de la economía médica. En casi todo el espectro político, se ha buscado la respuesta a la cuestión de los elevados costos de la atención médica y de la promoción de la salud en los mecanismos del mercado. Sin embargo, aun con la continua defensa de este enfoque por parte de los políticos, la población sigue manifestando su deseo de que el Gobierno Federal intervenga enérgicamente al respecto y considera que este debería participar más activamente en la promoción de su salud *(1)*

En este artículo, se sostiene que el mercado no solo no es un campo eficaz para el desarrollo de la salud, sino que además genera patrones de decisión que ocultan perspectivas y orientaciones que permitirían promover mejor la salud de la población. En una era que se caracteriza por la "exportación" a otros países de las ideas de los Estados Unidos sobre la reforma de la atención de salud, no debería "venderse" el tipo estadounidense de promoción de la salud sin antes efectuar un estudio crítico del mismo y plantear posibles alternativas.

Son muchos los que opinan que durante el último decenio se produjo en el país un aumento de los problemas de salud, paralelo al deterioro de las condiciones de salud:

- El bajo peso al nacer y la mortalidad infantil siguen siendo problemas graves, a los que se han asociado en los últimos años los mayores riesgos acumulados de los supervivientes *(2–5)*.
- Tanto los jóvenes como los ancianos, sufren hoy más enfermedades crónicas incapacitantes que hace 15 años *(6)*.

Fuente: *International Journal of Health Services* 1988;18(4):573–578. Se publica con permiso. © 1988, Baywood Publishing Company, Inc., Amityville, NY, Estados Unidos de América.

[1] En la versión original, este artículo formó parte de una sección especial sobre la corporativización de la medicina, dirigida por el Dr. J. Warren Salmon.

[2] Profesor de Políticas de Salud y Administración, Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, NC, Estados Unidos de América.

- Las diferencias de salario se están ampliando y el desempleo sigue produciendo efectos nocivos en la salud *(7–12)*.
- Los programas de mantenimiento del ingreso público y del salario mínimo mantienen a la población afectada por debajo del nivel de pobreza *(13)*.
- Los programas de compensación de empleo, alimentación y nutrición han disminuido en términos reales, a medida que el número de pobres ha ido aumentando.
- Más de 35 millones de personas carecen de seguro de salud y menos de la mitad de los pobres están cubiertos por Medicaid (Programa de cobertura de salud selectiva financiado por el Gobierno Federal) *(15, 16)*.
- Pese a la publicidad del creciente interés de los estadounidenses por los "estilos de vida saludables" y la "autorresponsabilidad" en su propia salud, en los últimos 10 años ha aumentado la proporción (con un incremento del 28%, en especial entre los pobres) de los que abusan del alcohol, se hacen obesos (con un incremento del 10%, particularmente entre los hombres y los más pudientes) y reducen su actividad física (con un incremento del 12% de los hábitos sedentarios, sobre todo entre las mujeres y los pudientes *(17)*.

La solución del mercado

Durante los últimos años, los políticos y una fracción creciente de los profesionales *(18)* han tratado de encontrar la solución a este conjunto de problemas en la privatización de los servicios, derivando la responsabilidad del gobierno (si no sus recursos) hacia los sectores no públicos, y además, con frecuencia han extendido la búsqueda de beneficios a la corporativización. Esos intentos se basan en la premisa de que "la mano invisible" del mercado será honesta y eficiente, controlará eficazmente los costos de la atención de los enfermos y difundirá ampliamente el mensaje de la promoción autorresponsable de la salud entre los sanos. Esta versión de mercado de la privatización tiende a minar el sentido de responsabilidad colectiva y a enmascarar las fuentes socioeconómicas, laborales y ecológicas de la salud y de la enfermedad. Por lo tanto, contribuye a deteriorar las perspectivas de salud, particularmente las de los grupos más desfavorecidos que, para empezar, no disponen de medios para entrar en el mercado.

Los efectos adversos de un sistema de atención de salud de orientación mercantil ya han sido tratados extensamente, por lo que no los repetiremos aquí *(19–23)*. Los recientes y revolucionarios cambios experimentados por la financiación y organización de la atención de salud han recibido un importante impulso gracias a la plétora de medidas tomadas por el gobierno y cuya intención aparente es contener los costos *federales*, sin prestar atención similar a los costos económicos y sociales no federales. Entre las consecuencias más conocidas de la privatización de la atención de salud se encuentran el aumento de las pólizas de seguros adquiridos por las empresas, lo que les permite gozar de la correspondiente exención impositiva y la provisión obligatoria de beneficios de la legislación estatal, y la disminución de la cobertura de salud de las mujeres, las minorías y los pobres *(15)*; el desplazamiento de los proveedores de asistencia hacia formas de atención más rentables *(24, 25)*; la contracción o eliminación de las instalaciones de atención de salud sin consultar a la población ni tampoco a los médicos *(26)*, y la creciente intervención de las empresas como compradoras y proveedoras de asistencia, mediante la composición, distribución y tasación de los servicios de salud *(27)*. Como señaló el Instituto de Medicina *(28)* en su revisión de la obtención de beneficios en el campo de la atención de salud, podría estar desapareciendo esa responsabilidad de los proveedores en la

cobertura de las necesidades de salud de la comunidad que hasta ahora se consideraba inamovible.

UN NUEVO TIPO DE PLANIFICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

A medida que aumenta la cuota de atención de salud controlada por las corporaciones, la participación de la población y de la comunidad en las decisiones se hace cada vez más difícil; en los sistemas privados, la población no puede reclamar su derecho a los procesos debidos del mismo modo que lo hacen en las instituciones y los programas públicos. Como se señalará más adelante, la búsqueda de beneficios, sobre todo en sus grandes formas corporativas, se está convirtiendo de hecho en un sistema de planificación de salud a nivel nacional, con aparición de nuevas instituciones (desde las coaliciones de salud de orientación mercantil hasta los fabricantes, las empresas financieras y las agencias de publicidad) y nuevos dirigentes políticos, que deben justificar sus decisiones ante los inversionistas nacionales *(29)*. Asimismo, hay "poblaciones objetivo" nuevas (p.ej., los jóvenes, los ricos sanos); hay nuevos objetivos (p.ej., prestación eficaz de servicios inocuos que incrementan los beneficios), y hay nuevas estrategias. Una de estas últimas es la "promoción de la salud", que en sí misma refleja el nuevo estilo de planificación.

Promoción de la salud

La promoción de la salud, centrada en la mayoría sana de la población de los Estados Unidos, engloba una serie de actividades destinadas a evitar la enfermedad y la sobrecarga que esta supone para el sistema de atención médica. Estos programas constituyen, cada vez más, la variante de mercado de la educación para la salud adoptada por las autoridades de salud en los años ochenta y emplean los métodos procedentes de la experiencia empresarial de estos.

Alrededor de la mitad de las empresas más poderosas del país (según Fortune 500) tienen programas de "bienestar" que absorben 0,1% de sus beneficios netos, en contraste con los gastos que les supone la cobertura de salud de sus empleados, que equivalen a 24% de dichos beneficios *(30)*. En todo el país, la magnitud de este esfuerzo por reducir gastos abarca a las dos terceras partes de los centros de trabajo con más de 50 trabajadores que afirman disponer de programas de promoción de la salud *(31)*.

Aparato de decisión

La adopción de estos programas *no depende* de los responsables de la salud de la comunidad, de la población ni de las organizaciones de usuarios, sino de gestores corporativos de alto nivel que desean reclutar y conservar a los empleados valiosos y al mismo tiempo reducir sus desembolsos en atención médica e incrementar la productividad de sus trabajadores *(32–34)*. También depende de las compañías de seguros privadas y comerciales, que de este modo pueden incrementar sus ingresos hasta en un 45%, ofreciendo esta cobertura de "bienestar" a los empleados *(30, 35)*. Por último, depende asimismo de los directores de comercialización de los sistemas multihospitalarios, que buscan la "identificación de marca" de sus "productos" por la población y la posibilidad de "vender" sus costosos servicios hospitalarios *(36)*.

Además, durante los años ochenta surgió una nueva generación de organizaciones de planificación "participativa", las coaliciones de salud locales, tras la desaparición de las agencias de sistemas de salud financiadas por el Gobierno Federal (*health services agencies*, HSA). En 1986 había 163 de estas organizaciones, equivalentes privados de las HSA, que en conjunto "representaban" a 25 millones de trabajadores y dependientes. En su mayoría (96%) comprendían empleados, una gran parte comprendían hospitales (75%), sociedades médicas (72%) y aseguradores co-

merciales (60%), mientras que algo más de la tercera parte (36%) incluían sindicatos. Sus fuentes principales de financiamiento eran los negocios, los hospitales y las compañías de seguros de salud. Entre los que se han unido para contribuir a dirigir estas coaliciones se hallan la Asociación Americana de Hospitales y el Washington Business Group on Health, un retoño del influyente grupo de corporaciones Business Roundtable *(37)*. Un acontecimiento reciente, que puede ser un presagio de la composición y contenido futuros de las coaliciones, ha sido la decisión del grupo de Washington D.C. de otorgar a sus representantes médicos, del trabajo y de los usuarios un puesto meramente asesor, de forma que los restantes miembros, representantes de la patronal, puedan buscar de una forma más firme la desregulación y otros objetivos tendientes a reducir los costos de las empresas *(38)*. En su mayor parte, el programa de estas coaliciones se centra en el control y disminución de los costos de la atención de la salud individual, aunque la mitad de ellas participan también en actividades legislativas y tratan aspectos de la promoción de la salud y del programa de «Bienestar».

Una encuesta realizada entre 400 empresas de California con más de 99 trabajadores cada una demostró que los que con mayor frecuencia participaron en la decisión de adoptar programas de "Bienestar" fueron los directivos (75%) o jefes de personal (70%); en la operación de dichos programas intervenían sobre todo los fondos de pensiones de los empleados (85%) y las oficinas de personal. Solo en una minoría de ellas había participación de los departamentos de salud y seguridad (37%) o médico (28%) en la ejecución del programa o en la toma de decisiones (12% de las empresas) *(39)*. Aparentemente la encuesta no incluía preguntas acerca de los empleados, su participación en el diseño de los programas o sobre si preferían dichos programas a otras opciones. Dos terceras partes de las empresas tenían una o más actividades de promoción de la salud y las que más tenían eran las más grandes. Sus fuentes principales de información sobre el programa fueron los agentes de seguros (68%) y los medios de comunicación (57%) o asociaciones profesionales (40%). Entre las conclusiones extraídas por los investigadores destaca un consejo a los profesionales de la salud pública para que "promocionen" la promoción de la salud en determinadas audiencias, como entre los gerentes de personal y los agentes de seguros. No se hace mención alguna de los sindicatos ni de las asociaciones de trabajadores *(39)*.

Este patrón de programación de "Bienestar" adoptado por las grandes empresas y por los aseguradores comerciales resulta también evidente en otros estudios, en los que se demuestra que la decisión de directivos y aseguradores de participar en las actividades de estos programas se basa en la esperanza de reducir los costos de la atención médica *(40)*, estableciendo las prioridades del programa en base a criterios económicos *(41)*. Una gran encuesta de evaluación, para medir tanto el impacto de la educación preventiva en el comportamiento del trabajador individual como los obstáculos organizativos a las intervenciones preventivas, paradójicamente no contenía pregunta alguna acerca de los problemas medioambientales ni de los cambios que serían necesarios, ni tampoco preguntas dirigidas al personal de gestión *(42)* y ello pese a la colaboración de un sindicato en el diseño del estudio.

A pesar de todo, la gran mayoría de las respuestas obtenidas en 13 empresas con un total de 124.000 obreros demostró que la preocupación fundamental de estos no era el estilo de vida, sino mantener su empleo, que tenían más confianza en los comités de salud y seguridad que en la gerencia para que se hicieran los cambios necesarios, y que tenían más interés en los programas del centro de trabajo que en los relacionados con el estilo de vida, excepto en lo que se refería al manejo del estrés, que podría ser considerado como signo de un problema provocado por el medio ambiente *(42)*.

Existen cuando menos algunos datos que sugieren que el interés de las empresas por la salud y el funcionamiento de sus empleados

podría ser mejor correspondido si se prestara atención a las características del puesto de trabajo (tales como mayor autonomía y apoyo de supervisión) y no a los comportamientos específicos adoptados por los trabajadores para protegerse frente a los entornos de riesgo que sería preciso modificar (43, 44).

Diseño de los programas

El enfoque típico de un programa de promoción de la salud en un centro de trabajo consiste en intentar modificar los hábitos del trabajador y no las condiciones en las que trabaja. Se trata, fundamentalmente, de diseños con los que el patrocinador obtiene las mayores ganancias a corto plazo pero que no siempre producen las mayores ganancias para la salud de los empleados. Por ejemplo, el más popular (entre los empresarios) de los programas de "Bienestar" de las grandes corporaciones es el de exámenes físicos. Los programas de reducción del riesgo tienden a tener un solo componente, con diseños de "arriba hacia abajo" que como se sabe son los que resultan menos eficaces en lo que al cambio de comportamiento a largo plazo se refiere (32, 45). En un raro y reciente estudio controlado sobre un programa para dejar de fumar de tipo competitivo/incentivo realizado en un centro de trabajo, se llegó a la conclusión de que "el mantenimiento a largo plazo [del abandono del tabaco] será tan difícil como lo es en las [intervenciones] clínicas" (46).

Canales de prestación

En consonancia con la mentalidad comercial prevalente, la promoción de la salud se está convirtiendo en un bien de consumo, y es empaquetada, etiquetada y vendida o repartida en franquicias mediante técnicas de publicidad. Los vendedores de estos "productos" de marca son las empresas hospitalarias, las compañías de seguros y otras corporaciones, tales como la gran empresa de informática Control Data (47).

Los departamentos de comercialización de las mayores empresas de atención de salud suelen utilizar técnicas comerciales, anunciándose a través del correo electrónico o directo (36). Así, la marca "Balance", por ejemplo, vende un servicio de asesoramiento para las personas con trastornos de la alimentación; un hospital puede comprar una franquicia de este "producto" durante un año, con un costo de 25.000 dólares, que comprende materiales de mercadotecnia y una campaña publicitaria. Por otra parte, la campaña "Pregunta a la enfermera", que anunciaba un servicio de información hospitalaria, consiguió recibir 100 indagaciones telefónicas diarias y generó un aumento del volumen mensual de pacientes en 100 visitas a la sala de urgencias, 10 ingresos y 150 remisiones a especialistas (36).

Esta venta de la promoción de la salud y sus efectos "alimentadores" hacia los servicios médicos (que, lógicamente, no contribuyen a la contención del gasto) se ha visto apoyada indirectamente por las políticas de desregulación y privatización de la Comisión Federal de Comercio y la Comisión Federal de Comunicaciones y por la aparición de nuevas técnicas de información, tales como la transmisión por cable-satélite, por computadora y video y por cinta (48, 49). Estos sistemas no solo permiten el enlace de las diferentes corporaciones de los distintos estados, sino que a su vez se han convertido en un mercado para los soportes físicos y lógicos relacionados con la salud, esperándose que generen 2.000 millones de dólares en 1990. Los directivos de las empresas, por ejemplo, compran más programas de salud que las instituciones de salud y los médicos juntos, y los sistemas interactivos de formación sobre la salud en video están siendo usados por igual por ejecutivos, personal, consumidores, pacientes y estudiantes (50).

Poblaciones objetivo

No todos los programas de promoción de la salud se centran necesariamente en los grupos de alto riesgo. Los programas de bienestar de las corporaciones y compañías de seguros se orientan fundamentalmente hacia los trabajadores de bajo riesgo, los jóvenes, los individuos de clase media alta o los no afiliados a sindicatos *(45, 51)*. En conjunto, tales programas cubren a menos del 5% de la población activa *(30, 52)*.

También existen programas destinados a "mercados" de consumidores de las comunidades ricas, tales como la franquicia del "paquete" de ejercicios físicos de 10 meses de duración que los hospitales ofrecen a las embarazadas al precio de 450 dólares, como "operación de apertura" para ocupar las camas obstétricas, o los cursos de reanimación cardiorrespiratoria que ofrecen con fines similares y las ferias de salud para promover las ventas de las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) *(36)*.

En efecto, cualquiera que sea el grado en que los programas de "Bienestar" mejoran la salud, se dirigen a los grupos que menos los necesitan pero que pueden acceder fácilmente al mercado (o que, por las características de su cobertura de salud, forman ya parte del mercado).

Nueva formación y nuevo personal

En conjunto, la proliferación y la distribución de programas hacen pensar que la "promoción de la salud" está experimentando una aceleración como "sector punta" del negocio de la salud. Otro indicador del creciente interés empresarial es el proyecto conjunto recientemente concluido por la Oficina Federal de Profesiones de la Salud y el Colegio Americano de Medicina Preventiva, financiado por la gran compañía de seguros Equitable y la Hospital Corporation of America, la mayor cadena de hospitales con ánimo de lucro de los Estados Unidos. De este trabajo de tres años de duración emanaron recomendaciones y estrategias para la formación de profesionales de la salud *(53)* en "promoción de la salud", término que no quedó definido. Entre las pautas propuestas destacan la colaboración y coordinación educativas con la industria, incluyendo internados, plazas de campo y desarrollo de un currículo basado, entre otras cosas, en la necesidad de las empresas de que sus futuros empleados profesionales de la salud tengan determinadas habilidades de promoción de la salud.

OTRAS PERSPECTIVAS Y DIRECCIONES

La formación en "promoción de la salud" de los profesionales de la salud, del resto de la población activa o del conjunto de los consumidores podría llegar a ser otra adición agradable a la "forma de ser norteamericana". Como tal, toda crítica sería entonces "antiamericana". Pese a ello, el progresivo interés empresarial por las actividades portadoras de esta etiqueta y la creciente colaboración entre el sistema de atención de salud y los intereses de la industria a todos los niveles de desarrollo y prestación obligan a valorar con precaución los propósitos fundamentales y los consiguientes resultados de esta forma comercializable de "promoción de la salud": ¿qué es lo más importante, la *salud* o la *promoción* (comercial) *(54)*?

Debe admitirse, por lo menos, que no habría intereses orientados hacia la obtención de beneficios si no se esperase que la inversión generara una rentabilidad razonable. Con las pruebas de que se dispone, hay que juzgar si esta rentabilidad resulta también beneficiosa para la salud de la población. Sin embargo, los datos empíricos sobre las relaciones costo-eficacia o los resultados disponibles de intervenciones en materia de salud siguen siendo relativamente escasos o difíciles de

conseguir, pues no son del dominio público. Además, pocas empresas han destinado recursos suficientes a la evaluación sistemática de sus programas de promoción de la salud *(55)*.

En general, los programas individuales se evalúan según sus resultados económicos a corto plazo (derivados sobre todo de la disminución del absentismo), más que por su efecto en la salud de las personas. En los casos en que se han valorado los cambios del estado de salud o del comportamiento, los efectos, como se sugirió anteriormente, han sido transitorios, dudosos, neutros o mantenidos solo gracias a los incentivos económicos continuos otorgados a los trabajadores *(35, 51, 56, 57)*.

Además, no existe un estudio definitivo que demuestre la relación costo-eficacia de estos programas. Las grandes empresas que emplean personal de oficina, como Prudential Life Insurance, afirman haber logrado una disminución del absentismo en los participantes de sus programas de ejercicio físico de entre 40 y 60%. Otras grandes compañías financieras o industriales refieren rentabilidades de 2 a 6 dólares sobre el costo del programa, aunque el Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre pudo demostrar un beneficio de solo 1,60 dólares en los programas de control de la hipertensión *(47, 58)*. Los estudios de empresas individuales revelan beneficios para la salud pequeños y de escasa importancia (p.ej., la pérdida de medio kilogramo por los participantes con sobrepeso, tras un período de cinco años) o mayores ganancias en los más favorecidos (p.ej., en los empleados de oficina, en comparación con los obreros manuales) *(59)*. Algunos estudios reflejan un descenso de los costos de atención médica de las empresas pero no pueden establecer relaciones entre ellos y la mejora del estado físico de los asalariados. Estos hallazgos hacen suponer que se estaría produciendo un "efecto Hawthorne" y que una inversión similar en otros tipos de beneficios para los empleados podría arrojar resultados semejantes *(60)*.

Algunas consecuencias no apreciadas

La obtención de beneficios económicos con la promoción de la salud ha producido algunos efectos adversos. Ha contribuido a que el significado de "promoción de la salud" en los Estados Unidos no sea un objetivo, sino un producto; que no sea un proceso por el que las personas tratan de encontrar la forma de mejorar su salud individual o colectiva, sino un paquete atractivo, vendible, que puede "añadirse" a la vida de los consumidores; que no sea un medio para orientar los recursos de salud hacia los grupos y comunidades más vulnerables sino, sobre todo, de orientar los recursos de información hacia los relativamente pudientes; que no sea un conjunto de estrategias de programas y políticas destinados a mejorar la salud sino una técnica para que los inversionistas conserven sus rentas y aumenten sus ganancias.

La supuesta eficacia del mercado parece haber sido "vendida" también a muchos profesionales de la salud, que han adoptado la jerga y los métodos y los han aplicado a la investigación académica y a los programas de servicios *(54, 61)*. Si consideramos que la *American Journal of Public Health (62)* es un indicador fidedigno de la tendencia actual, este efecto se habría producido a medida que la salud pública en los Estados Unidos ha ido estrechando sus miras, se ha orientado cada vez más hacia la prestación de servicios de salud individuales y se ha hecho menos sensible al medio ambiente. Hasta los departamentos de salud pública están usando como objetivo, con el rótulo de prevención o promoción, factores de riesgo únicos relativamente ineficaces y cantidades crecientes de métodos y medios de información como sustitutos de la planificación, organización y abogacía basadas en la población *(45, 63)*. Por ejemplo, en los medios de comunicación hay carteles, folletos y anuncios de servicio público que exhortan a las mujeres a acudir tempranamente a los servicios de atención prenatal, a ingerir dietas equilibradas y a dejar de fumar. Un esfuerzo destinado a ampliar los programas de atención

prenatal, a ofrecer programas de nutrición y a reglamentar cuáles son las zonas en que se permite fumar podría resultar más eficaz, al igual que el desarrollo de una organización participativa para que tales políticas lograran una prioridad fiscal local y nacional. Un informe de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades sugiere que las *políticas* de restricción del consumo de tabaco producen efectos más amplios y prolongados que los métodos individuales, ya que no solo podrían reducir el riesgo para la salud de fumadores y no fumadores, sino que también favorecerían la aceptación a largo plazo de nuevos cambios políticos, desalentando a los fumadores potenciales. Además, el incremento actual de las disposiciones empresariales relativas a las zonas exentas de humo no se ha producido por iniciativa de los empresarios sino, sobre todo, por exigencias de la legislación local o estatal *(64)*.

Aunque las estrategias de salud de orientación individual y basadas en la información pueden tener un costo relativamente bajo en términos económicos y políticos, desplazan la atención y los recursos de otros problemas laborales muy importantes para la salud, como por ejemplo el desempleo o el control de la adopción y la utilización de nuevas tecnologías *(65, 66)*. Así, un estudio reciente solicitado por el Congreso sobre el apoyo a los trabajadores en caso de cierre de las fábricas sugería una medida de naturaleza laboral que podría promover modestamente la salud. El estudio demostró que de los cerca de 1,3 millones de trabajadores despedidos durante 1983 y 1984 casi todos (76%) habían pertenecido a grandes empresas (con más de 99 empleados) y que las dos terceras partes de las empresas habían dado el aviso de despido con menos de 15 días de antelación. Sin embargo en el caso de los trabajadores manuales, los avisos habían sido más breves y menor la ayuda económica o para encontrar un nuevo empleo, si es que se la habían dado *(67)*. Una medida legislativa que obligara a dar el aviso de despido con la antelación suficiente y a proporcionar apoyo durante la transición para reducir las tensiones de la pérdida del empleo, que tan desfavorables resultan para la salud *(68, 69)*, podría fácilmente ser más útil para conservar la salud de un número mayor de trabajadores y sus familias que cualquier programa de "promoción de la salud" consistente en clases para aprender a manejar el estrés.

En la actualidad, la posición oficial del Gobierno Federal sobre la promoción de la salud está institucionalizada en la Oficina de Prevención de las Enfermedades y Promoción de la Salud. Conserva un elemento individualista, según el cual el mejor recurso para promocionar la salud es la información *(70)*. Teniendo en cuenta esta postura y las otras políticas que se mencionaron al principio del artículo, no debe sorprender que muchos de los objetivos para la promoción de la salud de 1990, referidos en particular a los grupos desfavorecidos, sean, con seguridad casi absoluta, inalcanzables *(16, 70)*.

Otras direcciones

Otros países, con menos fe en las estrategias individuales, defienden *(71–73)* y adoptan enfoques mucho más amplios para la promoción de la salud *(74–76)*. No utilizan el mercado, sino el campo político como el terreno más eficaz en el que hacer elecciones colectivas (y con exigencia de responsabilidad) sobre el estilo de vida del conjunto de la población, que a su vez establece los términos de la elección para proveedores y consumidores, para organizaciones e individuos por igual *(77)*.

Un ejemplo de la integración de los criterios de salud con los de otros sectores de la política pública es la Ley de Medio Ambiente Laboral de Suecia *(78)*. En esta ley, la salud y la seguridad laborales no se limitan a los servicios clínicos y educativos convencionales, sino que se obliga a empresarios y empleados a cooperar para crear un entorno laboral favorable. Este mandato se interpreta en el sentido de que las condiciones de trabajo deben adaptarse a las capacidades físicas y mentales de forma que puedan ser determinadas conjun-

tamente por empresarios y trabajadores. La adaptación se refiere a aspectos tales como los horarios laborales, la organización del trabajo, la seguridad del puesto de trabajo, las medidas de seguridad y de salud específicas y la consideración del efecto que tiene el producto fabricado en la salud y en la seguridad.

La maquinaria organizativa para implantar esta política —que se financia mediante un impuesto sobre la nómina y es administrada por un Fondo de Medio Ambiente Nacional— comprende delegados de seguridad elegidos, comités conjuntos de la dirección y los trabajadores y el financiamiento preciso para la formación, información, investigación y evaluación de los procesos de decisión y de los aspectos laborales. Una evaluación reciente demostró que los responsables de la seguridad habían supuesto que si se proporcionaba información adecuada sobre los riesgos para la salud, eso traería consigo automáticamente la movilización de los trabajadores *(79)*. Sin embargo, se comprobó que los asalariados solo desarrollan iniciativas cuando la información va acompañada de diálogo, intercambio de experiencias, resolución conjunta de los problemas y participación en la toma de decisiones. Por tanto, se hizo el esfuerzo de tener en cuenta las experiencias y conocimientos de los trabajadores mediante discusiones en grupo en las que también participaron los responsables de la seguridad.

Como es de suponer, en los Estados Unidos hay individuos y comunidades que no aceptan que la promoción de la salud tenga un significado estrecho e individualista *(80–82)*. Por ejemplo, los sindicatos han planteado al menos algunas dudas sobre la "promoción de la salud" en los centros de trabajo basadas en su potencial de coerción y vigilancia de los trabajadores y, sobre todo, en relación con el "desplazamiento fundamental de la responsabilidad" desde el empresario al trabajador en lo que a la protección de la salud se refiere *(83)*. Una vez más, se plantea el problema de la prioridad entre el cambio individual y el cambio del entorno. La idea es que *(83)*:

> Los programas de promoción de la salud pueden ser llevados a cabo más correctamente por las organizaciones universitarias, gubernamentales o comunitarias sin ánimo de lucro. Los mejores de ellos serán los que enfoquen la salud de una forma integradora y estudien las exposiciones totales de la persona al trabajo y a la comunidad, las tensiones laborales y domiciliarias, la situación económica, los problemas de salud existentes, el estilo de vida y la herencia. En última instancia, será este enfoque integrador el que consiga los resultados más saludables para el mayor número de participantes.

Dentro del sistema de prestación de servicios, se han hecho esfuerzos por reorganizar y reorientar importantes recursos hacia los programas y procesos de mantenimiento de la salud, tales como el centro de salud comunitario HMO *(84)* y los sistemas de servicios en defensa de la salud universales y orientados hacia la prevención *(85, 86)*. Sin embargo, parece muy probable que todos ellos permanezcan en el limbo de los conceptos en el futuro próximo.

Quizás no sea exagerado afirmar que en los Estados Unidos, con su diversidad, su riqueza y su tamaño, resplandecen las *ideas* creativas para un cambio saludable. El problema radica en traducir tales ideas a una realidad social que pueda ser compartida colectiva y equitativamente. Esta tarea no tendrá lugar de manera espontánea; requiere organización, financiación, personas comprometidas, información pertinente y tiempo. Evidentemente, en las comunidades en que se dan estas condiciones es frecuente encontrar promoción de la salud de su población. Los que "tienen" también suelen "tener" salud. No obstante, estos oasis están demasiado lejos para que los que "no tienen", los pobres, las minorías, las mujeres o los ancianos, puedan llegar hasta ellos.

La única forma de asegurar un acceso equitativo a las condiciones que favorecen la salud (p.ej., viviendas adecuadas, salario, educación, atención médica y seguridad) es a través de las medidas políticas *(77)*. Aunque imperfectas, estas medidas son el único ins-

trumento capaz de crear opciones de "promoción de la salud" para aquellos grupos que no disponen de la riqueza o del poder necesarios para producir sus propias alternativas, para diseñar una realidad social de su elección. Cuando esas personas consigan unas condiciones de vida que les permitan mantener su salud, quizás la forma individualizada de promoción de la salud resulte útil y eficaz, aunque en ese momento tal vez no sea aparentemente necesaria. Cuando existan condiciones preservadoras de la salud en las comunidades y centros de trabajo, será también menos probable que la "promoción de la salud" tenga el efecto de "culpabilizar a la víctima", que es hoy su amenaza más persistente.

La salud, que debe ser promovida sin exageraciones publicitarias, exige una visión más amplia a nivel de la salud pública. Los "factores de riesgo" elegidos como centro de atención de la "promoción de la salud" han sido hasta ahora biológicos o del comportamiento. Sin embargo, como ya se ha señalado, los riesgos más importantes para la salud son la pobreza, la discriminación, las malas condiciones de vivienda y de trabajo y la insuficiencia educativa, de atención médica y de recursos comunitarios. Los que trabajan en pro de la salud deberían adoptar pautas de acción más extensas, como han hecho durante el último decenio las mujeres, las minorías y los defensores de la infancia y del medio ambiente. Incluso el Comité para el Desarrollo Económico, formado por algunas de las corporaciones más grandes de los Estados Unidos, ha reconocido, por su propio interés, que la salud y el bienestar de los niños comienza con un amplio espectro de medidas federales tendientes a favorecer la escolarización de las futuras madres, dándoles apoyo hasta el momento del parto, y con programas precoces de guarderías infantiles y con la educación primaria. Propone, además, el acceso universal a estas opciones *(87)*.

Sin embargo, las medidas de promoción de la salud desarrolladas y propuestas por las organizaciones comprometidas en ella, para comenzar a ser eficaces deben formar parte de los planes de trabajo de muchos campos del terreno político, tales como la vivienda, el empleo y la economía, la agricultura y el medio ambiente, el transporte, la educación, las comunicaciones y, claro está, la atención médica. Como mínimo, el esfuerzo debería iniciarse con la tarea a largo plazo de "reeducar" a los moldeadores de la opinión pública, es decir, a los medios de comunicación y a los políticos.

Hay ciertos indicios de que las "campañas de información" públicas y políticas que subrayan la importancia del nivel *político* (más que personal) en la promoción de la salud pueden resultar eficaces y aceptables *(88–90)*. Es muy probable que tales esfuerzos puedan lograr, eventualmente, un desplazamiento de los recursos de la tierra, los alimentos, las instalaciones y la energía humana del país hacia un uso más saludable.

Por supuesto, el desarrollo de políticas públicas no supone necesariamente ni centralización ni rigidez. Los instrumentos específicos (ya sean incentivos o subsidios, mandatos u opciones, concesiones o préstamos) son un tema de elección y voluntad políticas, las que a su vez deben ser generadas y mantenidas mediante un esfuerzo organizado.

RESUMEN Y CONCLUSIÓN

En los Estados Unidos existe una tendencia actual y creciente a buscar la manera de mejorar la salud a través del concepto más estrecho e individualista de la "promoción de la salud". Esta ha adoptado un carácter cada vez más comercial, siendo a menudo moldeada y suministrada por intereses empresariales con escasos indicios de que se hagan esfuerzos por defender los objetivos de la salud pública. Al mismo tiempo, hay pruebas de que podría lograrse una importante mejora de las perspectivas de salud de la población, particularmente de los grupos desfavorecidos que corren los mayores riesgos, garantizando su acceso a unas condiciones de vida que protegiesen su salud y que oscilarían desde la vivienda y la atención médica hasta el empleo y la seguri-

dad ciudadana. Este enfoque de la promoción de la salud exigiría situar los intereses de la salud pública en los planes de trabajo de una amplia gama de campos de acción política.

Con demasiada frecuencia, la "promoción de la salud" significa en los Estados Unidos más publicidad que salud. La salud de la población particularmente de la más afectada por las políticas de los años ochenta, resultaría mejor promocionada si el proceso de toma de decisiones se orientara hacia los campos público y colectivo, con participación de aquellos cuyos intereses de salud se encuentran en juego, y enraizando la salud en políticas y programas capaces de crear y salvaguardar las condiciones sociales y de otro tipo que favorecen la conservación de la salud.

REFERENCIAS

1. Shapiro, R., and Young, J. The polls: Medical care in the U.S. *Public Opinion Q.* 50: 418–428, 1986.
2. National Center for Health Statistics. Annual summary. Births, marriages, divorces and deaths, U.S. 1985. *Monthly Vital Statistics Report*, September 19, 1986.
3. National Center for Health Statistics. Advance report. Final mortality statistics, U.S. 1984. *Monthly Vital Statistics Report*, September 26, 1986.
4. Milio, N. *Primary Care and the Public's Health.* Lexington Books, Lexington, Mass., 1983.
5. Olshansky, S. J., et al. The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Declining Mortality in Advanced Ages. Paper presented at the Annual Meetings, American Public Health Association, Washington, D.C., November 19, 1985.
6. Rice, D., and LaPlante, M. The Burden of Multiple Chronic Conditions: Past Trends and Policy Implications. Draft Report. Paper presented at the Annual Meetings, American Public Health Association, Las Vegas, October 1, 1986.
7. Office of Policy. *Studies in Income Distribution: Changes in the Money Income of the Aged and Nonaged, 1967–1983.* Social Security Administration, Washington, D.C., September, 1986.
8. Belous, R., et al. Middle Class Erosion and Growing Income Inequality: Fact or Fiction. Congressional Research Service, #85-203E. Washington, D.C., November 28, 1985.
9. Congressional Budget Office. *The Changing Distribution of Federal Taxes: 1975–1990.* Congress, Washington, D.C., October 1987.
10. Smith, R. Bitterness, shame, emptiness, waste: An introduction to unemployment and health. *Br. Med. J.* 291: 1024–1027, 1985.
11. Joint Economic Committee. *Economic Change, Physical Illness, and Social Deviance.* Congress, Washington, D.C., June 15, 1984.
12. Westcott, G., Svensson, P.G., and Zollner, H. (Eds.). *Health Policy Implications of Unemployment.* World Health Organization, Copenhagen, 1985.
13. Danziger, D., Haveman, B., and Plotnick, S. *Antipoverty Policy: Effects on the Poor and the Non-Poor.* Institute for Research on Poverty, University of Wisconsin, Madison, 1985.
14. Friends Committee on National Legislation. *Survival of Programs for the Poor.* Washington, D.C., November 1986.
15. Farley, P. Private health insurance. In *The U.S. National Medical Care Expenditure Survey.* National Center for Health Services Research, Washington, D.C., September 1986.
16. Children's Defense Fund. *Medical and Health Perspectives*, 1, February 22, 1988.
17. National Center for Health Statistics. Trends in smoking, alcohol consumption, and other health practices among U.S. adults, 1977 and 1983. *Advancedata*, June 30, 1986.
18. Ruderman, A. Marketing health promotion in Canada: An idea whose time has come. *Can. J. Public Health* 77:315–317, October 1986.
19. General Accounting Office. *An Aging Society: Meeting the Needs of the Elderly while Responding to Federal Costs.* Congress, Washington, D.C., September 1986.
20. National Center for Health Statistics. Aging in the 1980s. Preliminary Data. *Advancedata*, September 30, 1986.
21. General Accounting Office. *Posthospital Care.* Congress, Washington, D.C., January 23, 1987.
22. Fisher, M., et al. DRG Consequences for Home Health Nursing Care. Paper presented at the Annual Meetings, American Public Health Association, Las Vegas, September 28–October 1, 1986.
23. General Accounting Office. *Medicare Home Health Care.* Congress, Washington, D.C., 1986.
24. Shortell, S., et al. Diversification of health care services: Effects of ownership, environment, and strategy. In *Advances in Health Economics and Health Services Research*, edited by L. Rossiter and R. Schechter. JAI Press, Greenwich, Conn., 1986.
25. Light, D. Corporate medicine for profit. *Sci. Am.* 255(6): 38–45, December 1986.
26. Manheim, L., et al. *Impact of HCA Hospital Acquisitions: Structure, Process, and Outcomes.* Northwestern University Center for Health Services and Policy Research, Chicago, October 1986.

27. Fruen, M., and DiPrete, H. *Health Care in the Future.* John Hancock Mutual Life Insurance Company, Boston, 1986.
28. Institute of Medicine. *For-Profit Enterprise in Health Care.* National Academy Press, Washington, D.C., 1986.
29. Siegrist, R. Wall Street's view of the for-profit hospital corporations. In *The New Health Care for Profit,* edited by B. Gray. National Academy Press, Washington, D.C., 1983.
30. Wellness industry. *Health Business,* August 1, 1986, p. 2T.
31. Office of Disease Prevention and Health Promotion. *National Survey of Worksite Health Promotion Activities.* Department of Health and Human Services, Washington, D.C., October 1987.
32. Hertzlinger, R., and Calkins, D. How companies tackle health care costs III. *Harvard Business Rev.,* January/February 1986, pp. 70–77.
33. Hallett, K. Smoking intervention in the workplace: Review and recommendations. *Prev. Med.* 15: 213–231, 1986.
34. Strunkard, A., et al. Mobilizing a community to promote health: The Pennsylvania County Health Improvement Program (CHIP). In *Prevention in Health Psychology,* edited by J. Rosen and L. Solomon. University Press of New England, Hanover, Vt., 1985.
35. Reed, R. *Health Promotion Services: Evaluation and Impact Study.* Blue Cross Blue Shield, Indianapolis, April 1985.
36. *Winning Health Care Strategies.* Health Policy Week, Bethesda, 1986.
37. Office of Health Coalitions. *Summary Statistics. 1985–86 Survey.* American Hospital Association, Chicago, 1986.
38. Health coalitions address local concerns, but may face change. *Quality Care Insights* 1(3): 6, Fall 1987.
39. Bulow-Hube, S., and Marisky, D. The innovation-decision model and workplace health promotion program. *Health Educ. Res.* 2(1): 15–25, 1987.
40. Annual Claim Facts Survey. *Medical Benefits,* October 15, 1987, pp. 7–8.
41. Wickizer, T., and Samuelson, M. Using claims data to set health promotion goals. *Business & Health,* October 1987.
42. Schenck, A., et al. A labor and industry focus on education: Using baseline survey data in program design. *Health Educ. Res.* 2(1): 33–44, 1987.
43. Yelin, E. The myth of malingering: Why individuals withdraw from work in the presence of illness. *Milbank Q.* 64(4): 622–649, 1986.
44. Karasek, R. A., Schwartz, J. E., and Pieper, C. A new job analysis system for predicting productivity, health, and wellbeing correlates of work activity. Part I. Unpublished paper, Columbia University, Department of Industrial Engineering and Operations Research, New York, 1982.
45. Glasgow, R. E., and Klesges, R. C. Smoking intervention programs in the workplace. In *Surgeon General's Report, The Health Consequences of Smoking: Cancer and Chronic Lung Disease in the Workplace,* pp. 473–515. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1985.
46. Klesges, R., et al. Competition and relapse prevention training in worksite smoking modification. *Health Educ. Res.* 2(1): 5–14, 1987.
47. Wang, P., et al. A cure for stress? *Newsweek,* October 12, 1987, pp. 64–65.
48. Folland, S. Effects of health care advertising. *J. Health Polit. Policy Law* 10(2): 329–342, Summer 1985.
49. Milio, N. Telematics and the future of health care. *J. Professional Nursing,* February 1986.
50. Sk & A Research, Inc. *Interactive Video. Training Market Evaluation for Health-Related Applications.* Falls Church, Va., 1985.
51. Conrad, P. Who comes to worksite wellness programs? A preliminary review. *J. Occup. Med.* April 1987.
52. Warner, K., and Murt, H. Economic incentives and health behavior. In *Prevention in Health Psychology,* edited by J. Rosen and L. Solomon, pp. 325–353. University Press of New England, Hanover, Vt., 1985.
53. National Council for the Education of Health Professionals in Health Promotion. *Recommendations and Strategies for Educating Health Professionals.* Washington, D.C., 1987.
54. Milio, N. Promoting health promotion: Health or hype? *Community Health Studies,* Winter 1986, pp. 490–496.
55. Iverson, D. Making a case for health promotion: A summary of the scientific evidence. *Corporate Commentary: A Worksite Health Evaluation Report* 1(2): 7, 1985.
56. Weinstein, M. *Health Policy and Lifestyle Change in the Workplace.* Health and Education Department, World Health Organization, June 3, 1983.
57. Michigan Health Care Education and Research Fund. *Go to Health.* December 1985.
58. *The Corporate Heart.* American Heart Association, Greater Boston, Nedham, Mass., 1986.
59. Bly, J., et al. Impact of worksite health promotion on health care costs and utilization. *JAMA* 256: 3235–3240, 1986.
60. Shepherd, R., et al. Impact of changes in fitness and lifestyle upon health care utilization. *Can. J. Public Health* 74: 51–54, 1983.
61. Health policy agenda for the American people. *JAMA* 257(9): 1199–1210, 1987.
62. Percentage distribution of subject matter, AJPH, 1911–1980. *Am. J. Public Health,* July 1986, p. 812.
63. Kottke, T. Disease and risk factor clustering in the U.S.: Implications for public health policy. In *Integration of Risk Factor Interventions,* pp. 1–62. Office of Disease Prevention and Health Promotion, Department of Health and Human Services, Washington, D.C., 1986.

64. Rigotti, N. A. Policies restricting smoking in public places and the workplace. In *Surgeon General's Report, The Health Consequences of Involuntary Smoking*, pp. 261–334. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1986.
65. Weinstein, M. Lifestyle, stress, and work: Strategies for health promotion. *Health Promotion* 1(3): 363–371, 1986.
66. Milio, N. Healthy nations. *Can. J. Public Health*, May/June 1985, pp. 79–87.
67. General Accounting Office. *Plant Closings*. U.S. Congress, April 17, 1987.
68. Karamus, W. Working conditions and health: Social epidemiology, patterns of stress and change. *Soc. Sci. Med.* 19: 359–372, 1984.
69. World Health Organization. Unemployment, poverty, and quality of working life—innovative interventions to counteract damaging health effects. World Health Organization, Copenhagen, 1987.
70. McGinnis, J. The United States' Public Health Policy Managed by Objectives. Paper presented at the Second International Conference on Health Promotion, April 5–10, 1988, Adelaide, South Australia.
71. Daneff, T. *Preventing Illness: Strategies for a Preventive Health Policy*. Social Democratic Party Health Campaign, London, November 1984.
72. Draper, P. *A New Vision of Health*. Labor Party, London, August 1985.
73. Marks, L. Public health and agricultural practice. *Food Policy*, May 1984, pp. 16–21.
74. Catford, J. Take heart: A consultative document on the development of community-based heart health initiatives within Wales. *Heartbeat Wales*, September 1985.
75. Milio, N. Promoting health through structural change: Norway's farm-food-nutrition policy. *Soc. Sci. Med.* 15A: 721–734, September/October 1981.
76. National Nutrition Council. *The Norwegian Diet and Norway's Nutrition Policy*. Oslo, August 1986.
77. Milio, N. *Promoting Health Through Public Policy* (softback edition). Canadian Public Health Association, Ottawa, 1986.
78. *Working Environment in Sweden*. Swedish Work Environment Fund, Stockholm, 1987.
79. World Health Organization. Health Promotion in the Working World. Report of a joint meeting in Cologne, October 7–9, 1985. Copenhagen, 1987.
80. Arlington County Board. *Adopted Policy for Grocery Stores*. Arlington County, Va., October 5, 1985.
81. Martin, M. J., and Silverman, M. F. The San Francisco Experience with Regulation of Smoking in the Workplace. Paper presented at the Annual Meetings, American Public Health Association, Washington, D.C., November 20, 1985.
82. Gurian, G. A Community-based. Approach to Achieving This Nation's 1990 Health Objectives. Paper presented at the Annual Meetings, American Public Health Association, Las Vegas, September 28–October 2, 1986.
83. Gordon, J. Workplace health promotion: The right idea in the wrong place. *Health Educ. Res.* 2(1):69–71, 1987.
84. Platt, L. Proposal for a community health HMO. Unpublished paper. U.S. Department of Health and Human Services, Region X, December 1986.
85. H. R. 200. U.S. Health Program Act. Congress, Washington, D.C., January 6, 1987.
86. Massachusetts Health Security Program Act. Boston, Mass., Legislature, January 1987.
87. Committee for Economic Development. *Children in Need*. New York, 1987.
88. Steward, L., Ransom, R., and Casswell, S. The Community Action Project. Activities of Community Organizers. Research Report, Alcohol Research Unit, Auckland University School of Medicine, Auckland, N.Z., February 1987.
89. Jeffery, R., et al. Community Attitudes Toward Public Policies to Control Alcohol, Tobacco, and High Fat Food Consumption. Research Report, University of Minnesota School of Public Health, 1987.
90. Puska, P., et al. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from 10 years of the North Karelia Project. Véase la pág. 99 de este libro.

PROMOCIÓN DE LA SALUD POR MEDIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES: LA CONTRIBUCIÓN DE LOS MÉTODOS COMPLEMENTARIOS DE INVESTIGACIÓN

John. B. McKinlay[1]

En la actualidad, existe consenso entre los trabajadores de salud pública, los educadores para la salud y los investigadores biomédicos acerca de la gran influencia de los factores sociales y del entorno en la morbilidad y mortalidad. Las características y comportamientos individuales, al igual que las exposiciones medioambientales y laborales, guardan correlación con la enfermedad, la discapacidad y la muerte y, de hecho, pueden ser su causa. También resulta evidente que la modificación de ciertos factores de riesgo mejora significativamente la evolución de determinados procesos. Por ejemplo, el adelgazamiento ayuda a reducir la hipertensión arterial. Dejar de fumar disminuye a la mitad el riesgo de sufrir ciertas enfermedades cardiovasculares al cabo de tan solo un año. Las mujeres de edad madura que realizan periódicamente ejercicios con pesas no solo incrementan su fuerza muscular, sino que también reducen su riesgo de osteoporosis y fracturas de cadera. El cinturón de seguridad de los automóviles recorta de forma espectacular la mortalidad de los accidentes de tráfico. Estos ejemplos demuestran la indudable influencia de los factores sociales en la salud y en la enfermedad y la probabilidad de que los cambios positivos de los factores de riesgo favorezcan la primera y disminuyan la segunda. Las relaciones entre los factores sociales y medioambientales y la enfermedad son bien conocidas en el campo de la salud pública. En consecuencia, son dos los retos que se plantean: 1) cómo, cuándo y dónde intervenir para modificar los factores de riesgo, y 2) cómo evaluar la efectividad, la relación costo-beneficio y la aceptación sociocultural de tales intervenciones de salud pública. Además, la planificación y evaluación de las intervenciones debe tomar en consideración sus posibles consecuencias inesperadas o no deseadas que, evidentemente, son más difíciles de evaluar.

Fuente: *Canadian Journal of Public Health* 1992 (suppl. 1 March–April):811–819. Se publica con permiso de la Canadian Public Health Association, Ontario, Canadá.

[1]Vicepresidente y Director, Instituto de Investigación de Nueva Inglaterra (Estados Unidos de América); Director, Centro de Salud y Estudios Políticos Avanzados (CHAPS); Profesor de Sociología y Profesor de Investigación en Medicina, Universidad de Boston, Massachussetts, Estados Unidos de América.

CÓMO, DÓNDE Y CUÁNDO INTERVENIR

En la actualidad, el intento de resolver los problemas de salud pública y de evaluar las intervenciones se centra en torno al cambio individual. Sin embargo, este enfoque conlleva graves problemas que obligan a poner en duda la sensatez de seguir aplicando las fórmulas tradicionales. En primer lugar, cuando las intervenciones de salud pública se dirigen hacia la obtención de cambios voluntarios de los estilos de vida individuales, no se presta la debida atención a otros campos de acción más prometedores *(1)*. En su discurso presidencial dirigido a la Asociación Americana de Salud Pública, Myron Allukian señaló en 1990 que menos del 3% del gasto de salud de los Estados Unidos se destinaba a la salud pública o a la prevención, pese a la probabilidad de que estas actividades influyeran de forma considerable en la salud del país.

Algunos han sugerido que la importancia dada al cambio individual surge del modelo médico tradicional, en el cual el profesional de salud establece la hipótesis de una vía biológica causal y trata en consecuencia al sujeto expuesto al riesgo. Por ejemplo, los grandes ensayos de intervención —como Grupo de Investigación de Ensayos de Intervención sobre Factores de Riesgo Múltiples (Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group, MRFIT) *(2)* y el Programa de Clínicas de Investigación de Lípidos (Lipid Research Clinics Program, LRC) *(3)*— consistieron en la identificación de las personas de alto riesgo, a las que se proporcionó asesoramiento intensivo, tratamiento medicamentoso o ambos.

La importancia casi exclusiva que la salud pública ha prestado a las características individuales ha traído consigo "el enfoque de los estilos de vida en las políticas de salud" *(4)*. Estudiando el trabajo del economista de la salud californiano Victor Fuchs *(5)* y del exministro de salud de Canadá Mark Lalonde *(6)*, Terris argumenta:

> Fuchs considera de importancia crítica las decisiones individuales; las decisiones sociales son "también importantes" pero se limitan a problemas tales como la contaminación... Un gran defecto de este enfoque [de Lalonde] es que concibe los estilos de vida individuales como si existieran en el vacío. La sociedad no influye para nada en el tema. Además, la sociedad no tiene responsabilidad alguna; como dice Lalonde "es preciso aceptar la culpa del individuo" o, como dice Fuchs al final de su libro, "las mayores probabilidades de mejorar la salud dependen de lo que hagamos o no hagamos por nosotros mismos. La elección es nuestra". A ello se debe que Fuchs recomiende numerosos cambios de la organización social de la asistencia sanitaria, mientras que no cita medida social alguna para modificar los estilos de vida. Lalonde ofrece una larga lista de recomendaciones para influir en los estilos de vida, pero todas parecen consistir en programas moderados de educación para la salud, con tan solo algunas propuestas legislativas muy débiles... Dada la ideología fundamental del enfoque de los estilos de vida, esta ausencia de programas para aplicar medidas sociales eficaces resulta inevitable (4).

El enfoque prevalente de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad resulta muy poco práctico en un sistema social que estimula y se beneficia de la persistencia de los comportamientos de riesgo *(7)*. Según algunos críticos, las intervenciones de salud pública a nivel individual son ineficaces porque "descontextualizan" los factores de riesgo y no toman en consideración los mecanismos por los que la cultura prevalente genera y mantiene tales comportamientos.

Aunque los intentos de modificación de los factores de riesgo individuales son, evidentemente, importantes, representan tan solo una de las caras de la moneda. En la otra cara se encontraría la contribución de los distintos aspectos de un sistema social más amplio... incluyendo la política del gobierno, las prioridades de organización y los comportamientos profesionales. Cuando se investigan nuevos modelos de prevención primaria o secundaria, particularmente los dirigidos hacia los subgrupos más vulnerables de la so-

ciedad, tales características podrían ser vehículos más eficaces para lograr el cambio social *(1)*. La investigación ha demostrado ya que "una estrategia de población global" resulta más eficaz y muestra una relación costo-eficacia mejor que "el enfoque orientado hacia el alto riesgo individual".

Otro de los defectos del enfoque individual de los estilos de vida es su tendencia a culpabilizar a la víctima *(8–10)*, problema que ha sido ampliamente reconocido y debatido en la bibliografía y que no trataremos aquí.

Existe una tercera dificultad epistemológica. Aunque las características y comportamientos individuales están relacionados con las medidas del estado de salud, su contribución exacta no siempre resulta evidente. El número de factores implicados parece aumentar de forma exponencial. Hace diez años, Hopkins y Williams reunieron un conjunto de 246 "factores de riesgo" para la cardiopatía isquémica y la lista no ha dejado de aumentar: ahora incluye roncar, el inglés como lengua materna, no dormir la siesta . . . ¡o no comer caballa!

Incluso cuando un asunto parece definitivamente resuelto, comienzan a surgir incertidumbres y dudas. Por ejemplo, la contribución del colesterol como factor de riesgo ha sido demostrada en numerosos estudios. Se han hecho costosas campañas nacionales para estimular la realización de análisis periódicos de sangre en todos los grupos de edad y promover métodos para reducir voluntariamente las concentraciones de colesterol sanguíneo de los sujetos con riesgo. Se supone que al finalizar el siglo todos los ciudadanos de los Estados Unidos "conocerán sus cifras". Sin embargo, un equipo muy respetado de investigadores de la Universidad de Stanford ha valorado recientemente los resultados de la detección sistemática de los valores de colesterolemia en una revisión de más de 100 trabajos publicados. Centrándose tan solo en los adultos asintomáticos "cuyas historias clínicas y exploración física no revelan signo alguno de hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica ni hipertensión", han llegado a la conclusión de que las pruebas sobre la importancia de reducir el colesterol son "incompletas". "Existe cierta relación entre el hallazgo de cifras altas de colesterolemia y muerte prematura en hombres de edad mediana", afirman, "pero las pruebas son mucho más débiles en lo que se refiere a las mujeres y aún lo son más en los ancianos. De hecho, es posible que en estos últimos suceda lo contrario . . . que una cifra baja de colesterol se asocie a una mortalidad mayor". Uno de los autores observa que, en los hombres de edad mediana con elevaciones "marcadas" del colesterol (en el 5 a 10% más alto), el tratamiento con fármacos hipolipemiantes reduce la frecuencia de infartos de miocardio. Sin embargo, el impacto del tratamiento en la mortalidad general no ha sido demostrado, puesto que los hombres mueren por otras causas. No existen pruebas concluyentes de que la medicación empleada para reducir el colesterol sanguíneo salve realmente su vida.

Este argumento no supone en absoluto que el colesterol no sea importante *(12)*, sino que refleja las dudas planteadas acerca de la contribución exacta de numerosas características del estilo de vida, incluso en algo tan bien establecido como el colesterol. Si la contribución de estos factores de riesgo fuera, de hecho, mucho menor de lo que se piensa, la orientación de grandes esfuerzos y recursos hacia su modificación podría no ser la mejor inversión.

En cuarto lugar, los factores de riesgo no modificables como el género, la edad, los antecedentes familiares y la herencia han sido olvidados a menudo por la investigación sociomédica y de salud pública. En la evaluación de las contribuciones relativas de las características sociales e individuales se ha tendido a despreciar las diferencias genéticas y familiares. En algunos círculos de las ciencias sociales no se considera "políticamente correcto" valorar (o incluso comentar) la influencia probable de la biofisiología en la conducta: la sociobiología es una subdisciplina ilegítima a la que debe oponerse una enérgica resistencia o incluso un rechazo

total. Como dice mi antiguo colega de Aberdeen, Phil Strong: "... la mayor parte de los intentos por explicar el mundo humano solo admiten los factores sociales: la biología ni se menciona. El reduccionismo económico reina como monarca absoluto" *(13)*. Los sociólogos se hallan en la vanguardia de los que desdeñan e ignoran las explicaciones biológicas. Strong, que es también sociólogo, afirma: "Las razones son simples: prejuicio profesional e imperialismo. Al igual que los científicos biomédicos ignoran sistemáticamente ciertos factores, como la clase social, por muy importantes que sean, los científicos sociales, a su vez, ignoran la genética" *(13)*.

Algunos expertos en salud pública defienden la opinión humanitaria de que todas las personas nacen iguales. Las desigualdades o diferencias en el estado de salud se deben sobre todo a diferencias sociales (entorno, oportunidades, movilidad social, diferente acceso a la atención de salud). Sin embargo, en casi todos los campos de la salud, esta opinión resulta enormemente errónea. Por ejemplo, no todas las personas nacen iguales en lo que se refiere a la cardiopatía isquémica (primera causa de muerte en las sociedades occidentales). En los hombres de edad mediana hay factores no modificables que justifican hasta un 50% de la varianza de esta enfermedad. La modificación de ciertos factores de riesgo, como el tabaco, el ejercicio y la dieta, puede, desde luego, ofrecer cierta protección, pero la gran contribución de los antecedentes familiares, el sexo masculino y la edad (todos ellos factores de riesgo no modificables) es también indiscutible. En este caso, parece muy probable que los atributos no modificables sean los más influyentes. Ciertamente, no intentamos defender que exista una única opinión correcta. Afirmar que los procesos biofisiológicos subyacentes son los únicos importantes sería sustituir el reduccionismo económico por un reduccionismo biofisiológico.

Lo que pretendo afirmar es que tan importante es la contribución de los procesos biofisiológicos como la de los comportamientos sociales *(14)*. La defensa exclusiva de unos en detrimento de los otros supone una limitación destructiva, se traduce en explicaciones incompletas e incluso inexactas y conlleva, por extensión, investigaciones mal orientadas y políticas mal dirigidas. El reduccionismo socioeconómico de los científicos sociales es tan miope como el reduccionismo biofisiológico de los científicos de la naturaleza.

En quinto lugar, el mayor problema es que los esfuerzos hechos para persuadir a la población de que acepte cambiar voluntariamente determinados factores de riesgo han tenido hasta la fecha, por desgracia, poco éxito.

CUADRO 1. Ensayos de intervención sobre factores de riesgo múltiples

Ensayo	Tamaño de la muestra	Grupo de edad (años)	Duración (años)	Intervención	Muertes por cardiopatía isquémica		Total de muertes	
					I	C	I	C
OMS	60.881	40–59	6	D,T,PA,E,RP	428	450*	1.325	1.341*
Göteborg	30.000	47–55	12	D,T,PA	462	461	1.293	1.318
MRFIT	12.866	35–57	7	D,T,PA	115	124	265	260
Helsinki	1.222	40–55	5	D,T,PA,E,RP	4	1	10	5
Oslo	1.232	40–49	5	D,T	6	13*	16	23*
Total			828.000 años/hombre		1.015	1.049	3.009	2.947

D = dieta, T = tabaco, PA = presión arterial, E = ejercicio, RP = reducción de peso.
*Ajustado para la diferencia entre los tamaños de las muestras de los grupos de intervención (I) y control.
Fuente: McCormick y Skrabanek *(15)*.

CUADRO 2. Ensayos de intervención sobre factores de riesgo únicos

Ensayo	Tamaño de la muestra	Grupo de edad (años)	Duración (años)	Muertes por cardiopatía isquémica I	Muertes por cardiopatía isquémica C	Total de muertes I	Total de muertes C
Colesterol							
OMS (clofibrato)	15.745	30–59	5–8	54	48	162	127
LCR-CPPT (colestiramina)	3.806	33–59	7	32	44	68	71
Helsinki Gemfibrozil	4.081	40–55	5	6	8	45	42
Total			115.176 años/hombre	92	100	275	240
Tabaco							
Funcionarios de Whitehall	1.445	40–59	10	49	62	123	128
Hipertensión							
9 ensayos de base comunitaria	17.314	—	153.757 años/hombre	*	*	784	887
MRC	9.048 H 8.306 M	— —	85.572 años/persona	106	97	248	253

*Razón de posibilidades 0,92 (CI 95%, 7,8-1,08).
Fuente: McCormick y Skrabanek (*15*).

McCormick y Skarabanek *(15)* han revisado los ensayos mejor diseñados sobre intervención en los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular: el estudio MRFIT, el Lipid Research Clinics Study, el Physicians' Aspirin Study y el Helsinki Heart Study, llegando a la conclusión de que las intervenciones no ejercieron influencia alguna en la mortalidad total.

Fries *et al. (16)* afirman que estas intervenciones no fracasaron ya que, de hecho, produjeron mejora de la morbilidad y de la calidad de vida. En lo que concierne al estudio MRFIT, por ejemplo, argumentan que los episodios de morbilidad, como la angina de pecho y la insuficiencia cardíaca congestiva, mostraron un descenso del 16% en el grupo de intervención, pese al exceso de mortalidad de dicho grupo. Es posible que las intervenciones no hayan salvado ninguna vida, pero sí han logrado mejorar la salud. Sin embargo, no resulta del todo evidente que esa mejora de la morbilidad se haya debido a los cambios voluntarios de comportamiento que constituían el objetivo fundamental de los ensayos, sino que casi con seguridad se produjo gracias a un efecto secundario no previsto: el tratamiento medicamentoso más agresivo de los hombres de alto riesgo identificados durante el ensayo (véase también Gunning-Schepers *et al. (17)*).

Es preciso tomar precauciones para evitar la aplicación desigual de una norma. Los investigadores de salud pública suelen reprochar a los clínicos que se acostumbren tanto a un procedimiento (p.ej., CABG), que son incapaces de abandonarlo aunque los ensayos bien diseñados demuestren que resulta ineficaz *(18)*. A su vez, estos investigadores deberían cumplir las normas que desean que otros apliquen y mantener una mentalidad abierta.

PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE UNA POLÍTICA SOCIAL

En lo que se refiere a las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ¿Cuántos fracasos serán necesarios antes de que pongamos en duda la sabiduría del enfoque dominante sobre estilos de vida que pretende la modificación voluntaria de los comportamientos? La intervención dirigida hacia el cambio de los comportamientos individuales podría no ser el camino correcto. Sería preciso reconocer los fracasos como tales, en lugar de racionalizarlos y atribuirlos a consecuencias imprevisibles. Los científicos deberían ser capaces de volver a orientar sus esfuerzos en nuevas direcciones, especialmente si se tienen en cuenta los costos y los efectos con frecuencia dañinos de algunos intentos de prevención *(19)*. El apoyo ciego y continuo a las intervenciones ineficaces reduce el trabajo de los profesionales de la salud pública a la mera apariencia de hacer el bien y solo sirve para legitimar las preocupantes desigualdades en relación con la salud.

Si los comportamientos a nivel individual ya no constituyen el área más fructífera de intervención, ¿Qué nuevas orientaciones parecen más prometedoras? Los componentes del sistema psicosocial, aunque desdeñados a menudo, ofrecen oportunidades para intervenir eficaz y efectivamente a fin de reducir las grandes desigualdades en el campo de la salud. Las unidades experimentales pasan a ser componentes del sistema, sustituyendo a los individuos o grupos. Parece más probable que las caídas y fracturas de cadera de la población anciana disminuyan si se logra cambiar las políticas de reembolso de algunos de los fármacos psicotrópicos que se prescriben con tanta liberalidad que mediante enfoques costosos y generalmente inútiles destinados a mejorar la fuerza muscular y la densidad ósea de estas personas.

Aparentemente, el simple aumento de 8 centavos en los impuestos de los cigarrillos de los Estados Unidos hizo que 2 millones de adultos dejaran de fumar y evitó que 600.000 adolescentes se iniciaran en el hábito. Se ha dicho que otro incremento impositivo de 20 centavos prevendría más de medio millón de muertes prematuras en adultos fumadores. La estricta regulación del tabaco introducida en Canadá ha traído consigo un descenso per cápita del consumo de tabaco del 11% . . . el mayor descenso jamás conseguido en un país. Existen otros muchos ejemplos obvios. Los investigadores de los servicios de salud han demostrado una y otra vez que la manipulación deliberada o experimental de los componentes del sistema (sobre todo de lo que es o no es objeto de subsidios gubernamentales) puede tener un enorme efecto en las organizaciones, proveedores, pacientes y resultados sanitarios *(4)*. Así pues, el reto consistiría en olvidar los atributos personales para buscar la forma de incorporar los cambios planificados y graduales del sistema sociopolítico a las estrategias de prevención primaria y secundaria.

Para responder a la pregunta "¿A dónde vamos desde aquí?" es preciso tener en cuenta tres componentes importantes del sistema social: gobierno, organizaciones y proveedores. En primer lugar, y en lo que se refiere a las políticas del gobierno, debe ejercerse una presión continua para que los recursos disponibles se redistribuyan de una forma más lógica y equitativa, a fin de reducir o eliminar las desigualdades con respecto a la salud. Sin embargo, en muchos casos no será ni deseable ni factible ir más lejos. Las asignaciones deben hacerse teniendo en cuenta la eficacia demostrada, establecida, siempre que sea posible, mediante ensayos aleatorios *(19–21)*. Esta es la única manera de que el Estado obtenga los mayores beneficios del dinero gastado en atención de salud y de garantizar el mayor bien al mayor número de personas *(22)*. Aunque al principio las normas para la distribución de recursos se consideraban demasiado racionales y políticamente inaplicables, hoy en día, a medida que los gobiernos sometidos a la crisis fiscal buscan apoyo para decidir en qué servicios deben invertir y cuáles deben ser transferidos al sector privado (privatización), se admite que son

una prioridad política importante. Mientras continúen dilapidándose los recursos cada vez más escasos en procedimientos prácticamente ineficaces o de eficacia no comprobada, el Estado no podrá financiar un paquete mínimamente adecuado que permita reducir las desigualdades y facilite el acceso de los más pobres al sistema de salud.

Como es lógico, tanto los gobiernos como los rectores de la salud pública defienden el valor humanitario de la igualdad de acceso. Según la Asociación Médica Estadounidense, ha llegado el momento de aceptar el acceso universal a la atención de salud, en sustitución del seguro de salud universal *(21)*. Sin embargo, los investigadores de la salud tienen mucha razón al preguntarse: "¿Acceso a qué?" ¿Resulta razonable, e incluso ético, proveer o favorecer la igualdad de acceso a un sistema de atención de salud ineficaz o de eficacia no comprobada? En términos generales, la igualdad de acceso significa que los que gozan de mayores ventajas relativas reciben más atención (sea esta eficaz o ineficaz) mientras que los pobres reciben menos atención, aunque pagan desproporcionadamente más por ella a causa de una estructura impositiva regresiva.

En consecuencia, nunca he defendido el acceso indiscriminado a parte o toda la atención médica, puesto que puede demostrarse que gran parte de ella es ineficaz y despilfarra los escasos recursos existentes. Sin embargo, defiendo la igualdad de acceso a unos servicios de atención primaria de salud básica y eficaz, que es precisamente donde sería posible reducir las desigualdades más flagrantes. No creo que sea una posición antiliberal: los pudientes pueden tener acceso a todo lo que quieran ... CABG, psicoterapia, histerectomías programadas, medicamentos de marca o cualquier otra cosa. Sin embargo, el resto de la sociedad, y particularmente el sector más desfavorecido, no debe verse obligado a pagar por esas adquisiciones pródigas a través de sus impuestos.

En segundo lugar, al nivel de las organizaciones de atención de salud, el tema más importante es hoy día la reorganización y reestructuración de los distintos tipos de actividades de salud a fin de corregir las desigualdades del estado de salud. Un desmantelamiento total del sistema sería nihilista y erróneo, sobre todo porque hay cosas que funcionan muy bien. Ello no quiere decir, sin embargo, que no sea preciso cambiar otras muchas cosas, a lo que podría contribuir la mejora de los sistemas de información de gestión y el aumento de la motivación del personal. La estrategia más eficaz sería, no obstante, asegurarse de que el cambio organizativo supone la aplicación de incentivos y desincentivos económicos a las políticas de reembolso del gobierno.

Las tres contribuciones del sistema son interdependientes: la política gubernamental puede influir en las organizaciones y, en última instancia, modificar el comportamiento de los proveedores, en una escala progresivamente descendente. Por desgracia, los cambios de las prioridades organizativas y de las prácticas profesionales rara vez se basan en pruebas científicas o en los hallazgos de la investigación sobre servicios de salud; por el contrario, tienden a seguir al dinero. Una práctica no reembolsable puede sobrevivir durante algún tiempo a causa del rechazo al cambio que experimentan organizaciones y proveedores, pero al final terminará interrumpiéndose cuando carezca de recursos para seguir.

En los Estados Unidos, cuando se deniega el ingreso al hospital a un paciente pobre o se le transfiere a otro centro durante el curso de su enfermedad, ello no se debe a la carencia de sensibilidad de los profesionales ni a la falta de humanidad de la organización, sino a que esa organización perderá dinero si compromete sus recursos en la hospitalización de ese paciente *(24)*. La escasa inclinación que muestran los hospitales del país a tratar a los enfermos con sida es un tema de supervivencia tanto para los enfermos como para los hospitales. La única forma de cambiar el comportamiento de las organizaciones a fin de reducir las desigualdades en materia de salud consiste en hacer que el tratamiento de los

menos favorecidos resulte rentable. El tratamiento eficaz de los pobres debe producir beneficios, probablemente a través de alguna forma de asistencia sanitaria nacionalizada. El humanismo, la profesionalidad, el sacrificio personal y el voluntarismo siguen siendo ideales admirables, pero a nivel del cambio organizativo son menos eficaces que los incentivos económicos en la reorientación del flujo de los recursos.

En tercer lugar, dadas las actuales tendencias hacia una práctica médica corporativa, la relación entre los proveedores y las organizaciones que los emplean es similar a la que existe entre esas organizaciones y el Estado. Al igual que las organizaciones deben adaptarse a los recursos de que disponen, sus empleados deben actuar siempre protegiendo las prerrogativas de su organización. La posición en el mercado, cada vez más débil, de los médicos de todo el mundo aumenta las probabilidades de que, en última instancia, apoyen la línea organizativa, pese a sus reservas personales y profesionales. Admitamos que los denominados "profesionales" constituyen desafíos especiales para las organizaciones formales. Pruebas obtenidas en estudios realizados en varias industrias distintas indican que los profesionales de las burocracias adaptan con gran rapidez sus intereses personales, comportamientos e incluso códigos éticos a las necesidades de la organización de que dependen *(25)*. En los Estados Unidos, muchos observadores han advertido que la progresiva prepotencia del complejo médico industrial está erosionando las bases morales de la medicina *(26, 27)*. Evidentemente, este fenómeno tendrá consecuencias en la formación de los profesionales.

A fin de sobrevivir en la medicina norteamericana de hoy, casi todos los proveedores deben conseguir que sus clientes se encuentren satisfechos. En los marcos burocráticos, los médicos deben conservar a los clientes de la organización; los que practican en consultas individuales o en sociedades más precarias se encuentran sometidos a presiones aún mayores para cubrir las demandas de sus clientes. Incluso la terminología actual ("clientes", en lugar de "pacientes") refleja los cambios producidos. Los proveedores y las organizaciones deben competir por atraer a los consumidores y responder a las exigencias de estos para mantener su satisfacción y fidelidad.

Los datos del Programa de Pawtucket para la Salud del Corazón demuestran la influencia de las demandas de los pacientes. Este estudio se inició en 1980 en una ciudad de 72.000 habitantes y consistía en un proyecto comunitario de demostración diseñado para investigar si un enfoque de salud pública sobre la modificación de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica resultaba eficaz en la reducción tanto del riesgo como de los episodios de morbilidad relacionados con la aterosclerosis. Uno de los componentes del programa había tenido un gran impacto en el comportamiento de los médicos, produciendo un aumento estadísticamente significativo de las solicitudes de determinados tipos de procedimientos, pruebas complementarias y tratamientos por parte de los pacientes *(28)*. Dicho sea de paso, los médicos no consideraron que los elementos específicos de un programa de educación médica continua supusieran ninguna influencia importante. Este comentario no debe ser considerado como una crítica a los médicos. Su comportamiento, como simple respuesta a la demanda del mercado, coincide con los datos obtenidos en los profesionales de cualquier otro campo, sea este religioso, educativo o legal. Dadas las disposiciones corporativas de hoy, los proveedores hacen, en general, lo que los clientes o pacientes les piden, siempre que estos paguen por ello.

Aunque se afirme lo contrario, tarde o temprano todo comportamiento profesional dependerá de las necesidades económicas. Las tasas que reflejan las desigualdades en el campo de la salud reflejan de cerca el comportamiento del dinero, puesto que las organizaciones exigen a los profesionales que sigan ese mismo comportamiento. Para ellas, la obtención permanente de recursos es la condición indispensable para su superviven-

cia. Si bien esta conducta puede ser considerada un vulgar determinismo económico, resulta ser el simple reflejo de la realidad e incluso podría parecer una perogrullada. Los intentos de modificar el comportamiento profesional mediante intervenciones educativas o usando "el peso de los datos científicos" rara vez tienen éxito. La mejor (y quizás la única) manera de modificar la conducta de los profesionales depende de los cambios que se produzcan en las organizaciones, a medida que se adaptan a las variaciones de la política de reembolsos del gobierno.

El cambio resulta más eficaz cuando se produce en la parte superior de la pirámide, no en la inferior. La reducción de las desigualdades en el campo de la salud debidas a la influencia del sistema social exige la reorientación del flujo de los recursos del Estado: cerrar el flujo hacia las prácticas ineficaces o de eficacia no demostrada y aumentar el destinado a los servicios humanos básicos que producen el mayor bien para el mayor número de personas. Este enfoque escalonado, desde el gobierno a las organizaciones y desde estas a los profesionales, inclusive la reorientación de los recursos (es decir, del dinero) podría ser la única manera de conseguir el cambio de comportamiento tanto de los pacientes o clientes como del sistema cuya razón de ser es el servicio.

Por último, suponiendo que la influencia del sistema social represente de hecho un nuevo enfoque de salud pública en el tratamiento de la promoción de la salud ... ¿Cuáles serían sus implicaciones para la metodología de la investigación?

EL CONCEPTO DE LA METODOLOGÍA APROPIADA

El cambio de foco de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad exigirá la adaptación y refinamiento de los métodos tradicionales de investigación cuantitativa a fin de que estos métodos, como las encuestas sociales y los diseños experimentales, puedan seguir siendo aplicables a la perspectiva de la "nueva salud pública". Además, hacen falta estudios cualitativos bien diseñados y ejecutados meticulosamente, incluso entrevistas etnográficas, observación de participantes, estudios de caso y actividades de grupos elegidos, no solo como complemento de los estudios cuantitativos, sino también para rellenar los agujeros en los casos en que las técnicas cuantitativas no resulten óptimas o sean incluso inadecuadas *(29, 33)*.

Uno de los problemas radica en que, en opinión de sus más estrictos defensores, los métodos cuantitativos y cualitativos son esencialmente incompatibles y no socios mutuamente enriquecedores en una empresa común. Para muchos investigadores cuantitativos, los enfoques cualitativos son inductivos, subjetivos, poco fiables y "blandos". Estos defensores de los métodos cuantitativos constituyen la fuerza dominante de la investigación biomédica (y controlan la bolsa del dinero). Aquellos que emplean métodos cualitativos creen que los primeros son positivistas, buscadores de datos sin sentido que sufren endurecimiento de las categorías. Mechanic *(7)* observa que:

> A medida que las metodologías cuantitativas multivariables han pasado a convertirse en la herramienta dominante del trabajo de investigación (de la sociología médica), los investigadores se han dividido en dos culturas que separan los estudios cualitativos y cuantitativos. Estas culturas apenas intercambian comunicación, publican en revistas distintas y, en su mayor parte, ignoran y a veces ridiculizan las contribuciones de sus oponentes.

¡Qué refrescante resulta el desafío de Stange y Zyzanski *(34)* a esta dualidad prevalente!:

> En contraste con esta visión dicotómica de los dos paradigmas, el proceso actual de entendimiento es más circular que lineal. La observación conduce a la teoría y a la hipótesis, que a su vez llevan a la modificación de la teoría, etc. Los investigadores pueden ingresar en el círculo en cualquier punto del mismo (p.ej., para demostrar una teoría propuesta o para comprobar una intuición basada en una

observación). Salen del círculo cuando tienen la confianza suficiente en sus observaciones o teoría como para informar acerca de sus resultados o tomar cualquier otra medida.

Francamente, el debate cuantitativo-cualitativo no solo se basa en una dicotomía falsa que, en última instancia, resulta nefasta para una ciencia superior, sino que se mantiene porque sus defensores ignoran voluntariamente la experiencia, las técnicas y la considerable atención que aplican los otros investigadores *(35)*.

El concepto de "tecnología apropiada" está bien establecido en el campo de la salud comunitaria internacional. Más que respaldar alguna jerarquía o continuo desde la "alta" tecnología a la "baja" tecnología, subraya el hecho de que toda intervención puede ser apropiada en función de la naturaleza del problema, el estado de los conocimientos, la disponibilidad de recursos y los propósitos de la intervención. La tecnología de salud "apropiada" no se adapta a un modelo nacional o internacional idealizado, ni tampoco es necesariamente óptima o siquiera "simple". Por el contrario, sirve como enfoque más adecuado a ese propósito en un momento dado del tiempo, y toma en consideración la naturaleza y magnitud del problema y los recursos disponibles. Así, en una aldea peruana, hervir el agua no sería "baja" tecnología *(36)* ni tampoco lo serían las estimaciones del riesgo para la salud *(37, 38)*.

En el contexto de los países en desarrollo, el concepto de tecnología apropiada ha quedado claramente demostrado en lo que se refiere a la diarrea infantil *(39)*. En algunos de ellos, hasta la tercera parte de las defunciones de los lactantes se deben a esta causa y a la consiguiente deshidratación, por lo que debe ser considerada un problema importante que exige tomar medidas. Entre los posibles objetos de intervención se encuentran la nutrición materna, la higiene del medio, el espaciamiento de los embarazos, la lactancia materna, el apoyo al destete, la rehidratación oral por la madre, la rehidratación oral por un trabajador de salud, los centros de rehidratación y el tratamiento individual u hospitalario. Cualquiera de ellos, o cualquier combinación de los mismos, será potencialmente útil como foco de las estrategias de intervención. La nutrición de las madres podría mejorarse mediante programas de alimentación, proyectos de desarrollo rural, redistribución de la tierra o sustitución de las cosechas destinadas a la venta por cosechas destinadas al consumo.

En un país, el problema de la diarrea del lactante fue declarado una emergencia nacional que exigía medidas inmediatas en lugar de planificación a largo plazo. La elección estratégica de construir centros de rehidratación consiguió reducir la mortalidad infantil. Sin embargo, muchas familias residentes en áreas aisladas no podían acceder a ellos. Para llegar hasta ellas, se planteó la necesidad de una nueva estrategia. Se desarrolló un paquete "mágico" de electrólitos que, mezclados con agua hervida en un biberón, podían contrarrestar la deshidratación si se administraban con la antelación suficiente. Tales paquetes fueron distribuidos gratuitamente en domicilios, comercios, escuelas y otros lugares de reunión, junto con instrucciones dirigidas a las madres sobre la forma de hacer la mezcla y administrarla al lactante al primer signo de diarrea o vómitos. ¡La magia funcionó! La estrategia resultó muy popular y barata. Al disminuir la deshidratación aguda y la mortalidad, los centros de rehidratación dejaron de tener trabajo y terminaron por cerrar. Aunque este ejemplo, extremo y exótico, puede parecer poco aplicable al tema que nos ocupa, el principio es importante y pertinente incluso en los países industrializados *(40, 41)*.

En el mundo más "desarrollado", la cardiopatía isquémica es un ejemplo pertinente del uso de este concepto en la diferenciación de niveles y tipos de intervención. De mayor a menor, las intervenciones curativas comprenden el trasplante de corazón, el tratamiento trombolítico, la cirugía coronaria, la angioplastia, la reanimación prehospitalaria y los productos farmacéuticos *(42)*. A mitad de camino, los esfuerzos de prevención pri-

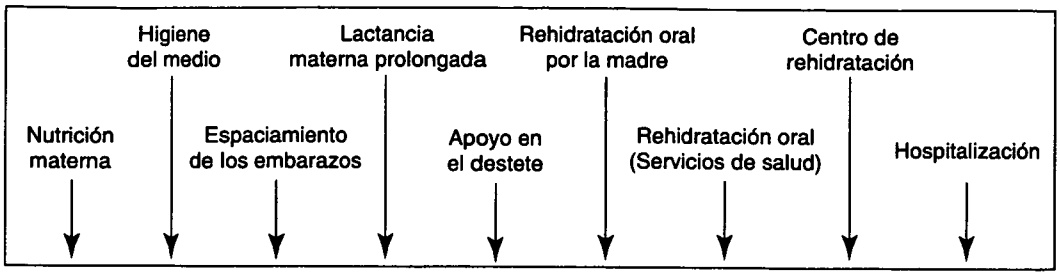


FIGURA 1. Puntos de una intervención de salud con la tecnología apropiada: ejemplo: diarrea infantil

Fuente: Parker AW, 1976.

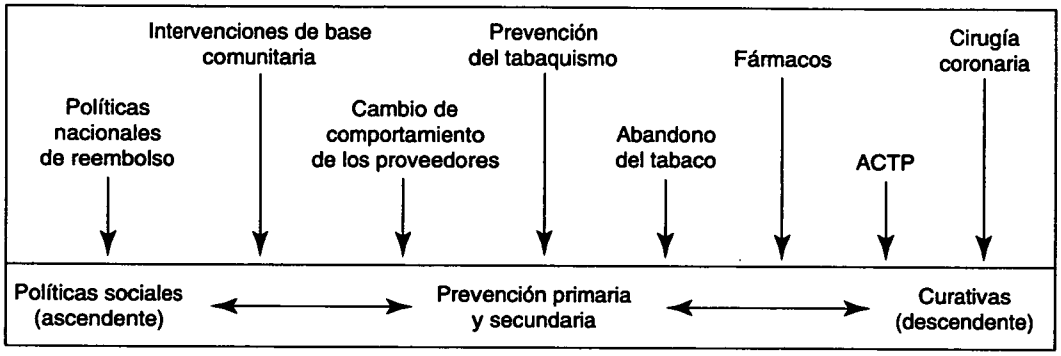


FIGURA 2. Algunos puntos de intervención en la cardiopatía isquémica

maria y secundaria se centran en la prevención y cese del hábito de fumar, en la medicación para reducir las cifras de colesterol (p.ej., Lovastatina) y en la reducción de peso y de estrés. A medida que el nivel de intervención asciende por la escala, supone la participación de organizaciones (p.ej., escuelas y centros de trabajo), comunidades enteras (p.ej., Stanford, California) y políticas de salud y macrosociales (p.ej., institución de "tasas punitivas" sobre el tabaco y el alcohol, la legislación antitabaco, las políticas de aire puro y anticontaminación, el cambio de los gastos de publicidad de las empresas, la desaparición de la protección del cultivo de tabaco y azúcar y el reembolso a los proveedores de las prácticas de salud preventiva). Ninguna de tales intervenciones puede ser considerada como intrínsecamente mejor que las otras; todas ellas hacen contribuciones importantes y complementarias a la mejora de la salud pública *(1)*.

En términos generales, se tiende a utilizar los métodos cuantitativos, como los ensayos aleatorios controlados, los estudios de casos y controles y las encuestas epidemiológicas, para medir los resultados de las intervenciones efectuadas en sentido descendente, en las que la unidad de análisis es el individuo *(41)*. A medida que se va ascendiendo en la escala, su utilidad resulta cada vez más problemática, no porque tales métodos sean intrínsecamente deficientes, sino porque los fenómenos a los que se aplican (las unidades de investigación) son de un tipo distinto. Al nivel de intervención sociopolítica, no siempre es posible aplicar un control y una manipulación experimentales rigurosos, sobre todo cuando ocurren cambios inesperados o no planificados. Así pues, en estos casos

deben emplearse mediciones y técnicas de obtención de datos diferentes. Con gran frecuencia, la confusión entre una unidad de asignación aleatoria de la parte alta de la escala (como podría ser una escuela) con una unidad de análisis de la parte baja de la misma (como el estudiante individual) da lugar a enormes errores metodológicos. Cuando se aplica un programa de intervención a una unidad agregada (comunidad, escuela, centro de trabajo) y el análisis se basa en observaciones individuales, el error residual queda neutralizado por la correlación intragrupo, incrementando exageradamente la significación estadística. Este problema analítico se exacerba aún más cuando las unidades agregadas son insuficientes y cuando las limitaciones de naturaleza política dificultan la asignación aleatoria. En un número reciente de *Health Education* se ilustran claramente los problemas derivados de la aplicación de conceptos tradicionales de diseño experimental a la evaluación de las intervenciones de promoción de la salud efectuadas en la escuela *(44)*.

El concepto de "metodología apropiada" se refiere al enfoque de investigación más adecuado asociado a distintos puntos del amplio espectro de las estrategias metodológicas. Al igual que no es correcto diferenciar entre las tecnologías altas y bajas, tampoco lo es dicotomizar falsamente entre cuantitativo y cualitativo, duro y blando, deductivo e inductivo u objetivo y subjetivo. La idoneidad de cada método de investigación depende del fenómeno que se estudia, su magnitud, el marco en que tiene lugar, el estado actual de la teoría y de los conocimientos, la disponibilidad de herramientas de medición válidas y del uso previsto de la información que se pretende obtener. La utilidad de cada enfoque metodológico es función, en gran parte, de la carga que se le pide que soporte y de los sujetos a quienes se administra.

Los distintos métodos pueden complementarse y enriquecerse unos a otros, permitiendo una comprensión y valoración mejores de los fenómenos que se investigan. La aplicación de métodos cualitativos puede permitir un entendimiento más profundo del significado de los hallazgos cuantitativos. Así como las técnicas cuantitativas permiten identificar la significación estadística, los métodos cualitativos pueden revelar la significación sustantiva. Mis colegas aplican las técnicas multivariadas de modelado más sofisticadas a los conjuntos de datos longitudinales sobre ancianos frágiles y sus cuidadores informales. De este modo (y me incluyo), desmenuzan las cifras y consiguen hallazgos de gran interés para futuras políticas y actividades, pero ¿llegan realmente a comprender la carga que supone para una mujer atender a un pariente o cónyuge anciano y debilitado? Se desprecia continuamente la repetida recomendación de seguir a un par de casos demostrativos de la mañana a la noche. Uno puede arrastrar al caballo cuantitativo hasta el río, pero no puede hacerle beber las técnicas cualitativas.

Del mismo modo, los métodos cuantitativos pueden emplearse para mejorar la posibilidad de generalizar y la potencia inferencial de los hallazgos obtenidos con técnicas cualitativas. Recientemente se ha hecho un estudio etnográfico en NERI como parte esencial de un experimento más amplio de intervención comunitaria en sida. En este estudio se emplearon esquemas de muestreo intencionados, estratificados de distintas formas para asegurar la obtención de un cuadro que reflejara la comunidad entera y como defensa frente al peligro de que el etnógrafo acabara encontrando informadores que, aunque disponibles de la manera más conveniente, no representaran a todos los grupos de interés. Dicho sea de paso, esta etnografía no fue una adición tardía, sino que sirvió, de hecho, como fuente de componentes específicos de la intervención posterior. En otras palabras, constituía la base de todo el experimento a efectuar en dos comunidades y daba forma al contenido de las encuestas pre y postintervención.

El concepto de evaluación del proceso es relativamente reciente y todavía no ha sido aplicado de forma sistemática a la investigación sobre promoción de la salud *(44–47)*.

Con frecuencia creciente, los investigadores comprenden hoy que este tipo de evaluación puede ser tan importante como las mediciones de resultados, puesto que los resultados de las intervenciones de salud o de otros programas sociales no pueden interpretarse en su ausencia. La evaluación del proceso permite la exclusión sistemática de las explicaciones diversas de un mismo resultado experimental observado *(48)*. Cuando no se observa efecto alguno de una intervención, la evaluación del proceso permite contestar a las preguntas siguientes:

- ¿Acaso la ausencia de efecto se debe a que el programa no fue ejecutado correctamente (la ejecución no fue plenamente eficaz)?
- ¿Acaso la ausencia de efecto se debe a que el programa no pudo ser ejecutado plenamente por algunos de los sujetos (la observancia fue variable)?
- ¿Acaso la ausencia de efecto se debe a la existencia de obstáculos que impedían el acceso al programa?

Si las mediciones de resultados demuestran un efecto beneficioso, la evaluación del proceso permitirá responder a las preguntas siguientes:

- ¿Se debe realmente el efecto al programa, o bien a la receptividad de los sujetos o grupos seleccionados?
- ¿Se debe realmente el efecto al programa, o a alguna otra intervención competitiva?

Para responder correctamente a estas preguntas, es preciso monitorizar los programas potencialmente competitivos, medir la exposición a los programas experimentales (y de otro tipo) y observar la ejecución de dichos programas experimentales. Gracias al uso de estudios de casos o de interacciones grabadas en video o audio, las metodologías cualitativas resultan particularmente adecuadas para el seguimiento correcto de la ejecución de los programas. Los enfoques cuantitativos tradicionales no permiten medir los aspectos de la interacción del grupo que determinan el éxito de la ejecución. Esta situación proporciona un ejemplo claro de la idoneidad de los métodos cualitativos sobre los cuantitativos. En este caso, las técnicas cualitativas son el complemento necesario de los métodos de evaluación cuantitativos tradicionales.

Los investigadores cualitativos y cuantitativos podrían aprender mucho unos de otros y, de este modo, enriquecer su propia labor. Tomemos la entrevista como ejemplo; desde luego, es el talón de Aquiles de la investigación cuantitativa. Aunque la calidad de la entrevista es esencial para el éxito de cualquier estudio, es típico ignorar este aspecto en la investigación mediante encuestas *(49)*. Los entrevistadores pueden influir en la calidad de dos formas principales distintas. En primer lugar, si tales entrevistadores no han sido estandarizados en su totalidad, los cálculos basados en la encuesta resultarán menos precisos, incrementando, en consecuencia, la magnitud del error aleatorio y reduciendo el grado en que pueden detectarse las diferencias de resultados entre respondientes. En segundo lugar, los entrevistadores pueden introducir sesgos sistemáticos en los datos y, por tanto, invalidarlos. En un estudio reciente, 30% de la variación de algunas variables de resultados clave (redes de apoyo social y notificación de los síntomas) se debió a diferencias entre entrevistadores. Tras extraer meticulosamente muestras representativas y construir instrumentos de investigación neutrales, los investigadores que emplean encuestas deberían sentirse alarmados al descubrir la enorme varianza de las variables clave que puede producirse a causa de la variabilidad entre entrevistadores *(50)*. Un investigador reconocido a nivel internacional ha llegado a afirmar: "Para mí, sería terrible tener que volver a analizar mis datos controlando la variabilidad de los entrevistadores . . . sería devastador".

Realizar una investigación cuantitativa exquisitamente diseñada con entrevistadores

insuficientemente o inadecuadamente formados es como dejar que un adolescente sin permiso conduzca un Rolls Royce nuevo: puede resultar desastroso. Lo más probable es que uno no llegue nunca a saber lo que el motor llegó a sufrir. Algunos prefieren la ignorancia: lo que no sabes no puede hacerte daño.

Muchos investigadores cualitativos realizan entrevistas intensivas no estructuradas muy cuidadosas y sofisticadas. Las entrevistas complejas en profundidad se graban en audio y video y se observan una y otra vez como parte del control de calidad para reducir el sesgo y obtener "la verdadera imagen". Lejos de ser blanda, la investigación cualitativa en este campo es increíblemente rigurosa y reflexivamente autocrítica de su propia metodología (*51*). Ojalá los investigadores cuantitativos aprendieran de la experiencia cualitativa y dedicaran a la obtención de los datos la misma atención que dedican al diseño del estudio y al análisis estadístico.

La evaluación de la efectividad, de la relación costo-eficacia y de la aceptación sociocultural de las intervenciones de salud pública debe llevarse a cabo de la mejor manera posible, aplicando los cánones, bien conocidos, de la ciencia. Todos los investigadores, cualitativos o cuantitativos, deben emplear los métodos más rigurosos. Los encuestadores de miles de individuos deberían desear capturar, y entender, la vida cotidiana de sus respondientes anónimos. Los etnógrafos que trabajan con una *n* igual a uno deberían desear cierta garantía de que otro colega llegaría básicamente a las mismas conclusiones tras contemplar básicamente el mismo fenómeno. En otras palabras, el rigor, el método y la integridad de la investigación no son específicos de paradigma alguno.

El año pasado, en una conferencia celebrada en Australia sobre la mejora de los métodos de investigación sobre la salud, resultó sorprendente observar el duro tratamiento recibido por David Silverman y Robert Dingwell, ambos investigadores cualitativos británicos de reconocido prestigio, por insistir en la aplicación de normas de investigación más rígidas. La procedencia del ataque fue aún más sorprendente: sus propios colegas investigadores cualitativos. Ocurre, sin embargo, que los investigadores cuantitativos no se hallan exentos de dogmatismos y estrechez de perspectivas similares. Por ejemplo, muchos epidemiólogos creen que el estudio de cohorte es intrínsecamente superior a cualquier diseño de casos y controles, cualquiera que sea la situación (*52*). Estos enfoques observacionales tienen distintas potencias y defectos (*53*). Uno puede ser preferible a otro en determinadas circunstancias: ninguno ofrece ventajas intrínsecas.

En conclusión, la tesis central resulta muy fácil de resumir. Por distintas razones, los esfuerzos de promoción de la salud deben superar el nivel del individuo para alcanzar el nivel del sistema social. Aunque, en general, los métodos cuantitativos bien probados y auténticos funcionan correctamente cuando el foco se limita al estudio de los cambios voluntarios del estilo de vida individual, no siempre resultan útiles cuando el interés se desplaza al sistema social. Algunas técnicas no se aplican correctamente, mientras que otras son intrínsecamente inadecuadas. El concepto de "metodología apropiada" subraya la necesidad de equivalencia entre el nivel de intervención y el enfoque de investigación más adecuado, con elección del enfoque más pertinente según el problema, el estado de los conocimientos, la disponibilidad de fuentes, la audiencia, etc. No existe ningún enfoque metodológico que sea bueno o malo; lo más importante es su adecuación al objetivo.

Todos aplican sus herramientas al trabajo común y todos los oficios tienen sus propios trucos. ¡Imaginemos el evidente absurdo de comparar la contribución intrínseca de un fontanero con la de un electricista o de averiguar si un destornillador es más útil y fiable que un pincel! Como es lógico, ciertos obreros trabajan mejor que otros y gozan de

la consiguiente reputación. Sin embargo, comparar las etnografías con las encuestas, o los estudios de caso con los ensayos aleatorios controlados es como comparar destornilladores con pinceles. Servirá para reducir temporalmente la inseguridad de los miembros de cada gremio (estadísticos, sociólogos, psicólogos, antropólogos) pero, pese a todo, seguirá siendo una comparación engañosa.

Reconocimiento. Agradezco a la Dra. Milling Kinard del Instituto de Investigación de Nueva Inglaterra su valiosa ayuda en la preparación de este artículo.

REFERENCIAS

1. McKinlay JB. A Case for Refocussing Upstream—the Political Economy of Illness. In: Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk, Proceedings of American Heart Association Conference. Seattle, Washington, 1974.
2. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk Factor Changes and Mortality. Results. *Journal of the American Medical Association* 1982;248:1465–77.
3. Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results. II. Relationship of Reduction in Incidence, of Coronary Heart Disease to Cholesterol Lowering. *Journal of the American Medical Association* 1984; 251:365–74.
4. Terris M. Epidemiology as a Guide to Health Policy. *Ann Rev Public Health* 1980;1:323–44.
5. Fuchs VR. Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice. New York: Basic Books 1974.
6. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document, Government of Canada, Ottawa, Canada 1974.
7. Mechanic D. Medical Sociology: Some Tensions among Theory, Method, and Substance. *Health and Social Behavior* 1989;30(2):147–60.
8. Crawford R. Individual Responsibility and Health Politics. Reprinted from Reverby S, and Rosner D., Eds., Health Care in America: Essays in Social History. Philadelphia: Temple University Press 1979.
9. Knowles JH. The Responsibility of the Individual. Reprinted by permission of *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, Boston, Massachusetts, Winter, 1977, Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States.
10. Ryan W. Blaming the Victim. New York: Vintage 1971.
11. Hopkins PN, Williams RR. A Survey of 246 Suggested Coronary Risk Factors. *Atherosclerosis* 1981;40:1–52.
12. Brown G, Albers JJ, Fisher LD, Schaefer SM, Lin J-T, Kaplan C, Zhao X-Q, Bisson DB, Fitzpatrick VF, Dodge HT. Regression of Coronary Artery Disease as a Result of Intensive Lipid-lowering Therapy in Men with High Levels of Apolipoprotein B. *New England Journal of Medicine* 1990;323:1289–98.
13. Strong PM. Black on Class and Mortality: Theory, Method and History. Prepared for the Scientific Advisory Panel of the Faculty of Community Medicine 1989.
14. McKinlay JB, McKinlay SM, Crawford SL. Does Physician Variability Explain Any of the Gender Difference in CHD? Paper presented at Women, Behavior and Cardiovascular Disease Conference, National Heart, Lung and Blood Institute, Chevy Chase, MD, September 27, 1991.
15. McCormick J, Skrabanek P. Coronary Heart Disease is not Preventable by Population Interventions. *The Lancet* 1988;839–42.
16. Fries JF, Green LW, Levine S. Health Promotion and the Compression of Morbidity. *The Lancet* 1989;481–3.
17. Gunning-Schepers LJ, Barendregt JJ, Van Der Maas PJ. Population Interventions Reassessed. *The Lancet* 1989;479–80.
18. McKinlay JB. From "Promising Report" to "Standard Procedure": Seven Stages in the Career of a Medical Innovation. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1981;59(3):374–411.
19. Becker MH. The Tyranny of Health Promotion. *Public Health Rev* 1986;14:15–25.
20. McKinlay JB. Epidemiological and Political Determinants of Social Policies Regarding the Public Health. *Social Science and Medicine* 1979;13A:541–58.
21. McKinlay JB. Evaluating Medical Technology in the Context of a Fiscal Crisis: The Case of New Zealand. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1980;58(2):394–443.
22. Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust 1972.
23. Todd J. It is Time for Universal Access, not Universal Insurance. *New England Journal of Medicine* 1989;321(1):46–7.
24. Himmelstein D. et al. Patient Transfers: Medical Practice as Social Triage. *American Journal of Public Health* 1984;74:494–7.
25. McKinlay JB. Clients and Organizations. In McKinlay, JB, Ed., Processing People: Case Studies in Organizational Behavior. London: Holt, Rinehart and Winston 1975.
26. Relman A. The Future of Medical Practice. *Health Affairs* 1983;2(2):5–19.
27. Relman A. Dealing with Conflicts of Interest. *New England Journal of Medicine* 1984;313:749–51.
28. Block L, Banspach SW, Gans K, Harris C, et al. Impact of Public Education and Continuing Medical Education on Physician Attitudes and Behavior

Concerning Cholesterol. *American Journal of Preventive Medicine* 1988;4(5):255–60.
29. Bernard HR. Research Methods in Cultural Anthropology. Newbury Park, CA: Sage Publications 1988.
30. Morgan DL, Spanish MT. Focus Groups: A New Tool for Quantitative Research. *Qualitative Sociology* 1984;7:253–70.
31. Sanday P. The Ethnographic Paradigm(s). In Van Maanen J., Ed., Qualitative Methodology. Beverly Hills, CA: Sage Publications 1983.
32. Spradley JP. Participant Observation. New York: Holt, Rinehart and Winston 1980.
33. Yin RK. Case Study Research: Design and Methods. Beverly Hills, CA: Sage Publications 1984.
34. Stange KC, Zyzanski SJ. Integrating Qualitative and Quantitative Research Methods. *Family Medicine* 1989;21(6):449–51.
35. Reichardt CS, Cook TD. Beyond Qualitative Versus Quantitative Methods. In Cook TD, Reichardt CS, Eds., Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research. Beverly Hills, CA: Sage Publications 1979.
36. Wellin E. Water Boiling in a Peruvian Town. In Paul BD, Ed., Health, Culture and Community. New York: Russell Sage Foundation 1955.
37. Smith KW, McKinlay SM, McKinlay JB. The Reliability of Health Risk Appraisals: A Field Trial of Four Instruments. *American Journal of Public Health* 1989;79(12):1603–07.
38. Smith KW, McKinlay SM, Thorington BD. The Validity of Health Risk Appraisal Instruments for Assessing Coronary Heart Disease Risk. *American Journal of Public Health* 1987;77(4):419–24.
39. Bentley M, Pelto GH, Straus WL, et al. Rapid Ethnographic Assessment: Applications in a Diarrhea Management Program. *Social Science and Medicine* 1988;27:107–16.
40. Grant KR, McKinlay JB. Appropriate Technology Applied to a Western Epidemic: The Case of Automobile Safety. *Prevention in Human Services*, Summer, 1987.
41. Newell KW. Research for an Appropriate Health Technology. Annual Address ANZSERCH Conference, 1977.
42. Leaf A, Ryan TJ. Prevention of Coronary Artery Disease. *New England Journal of Medicine* 1990; 323(20):1416–19.
43. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods. New York: Van Nostrand Reinhold Company 1982.
44. McKinlay SM, Stone EJ, Zucker DM. Research Design and Analysis Issues. *Health Education Quarterly* 1989;16(2):307–13.
45. Flay BR. Efficacy and Effectiveness Trials (and Other Phases of Research) in the Development of Health Promotion Programs. *Preventive Medicine* 1986; 15:451–74.
46. McGraw SA, McKinlay SM, McClements L, Lasater TM, Assaf A, Carleton RA. Methods in Program Evaluation. The Process Evaluation System of the Pawtucket Heart Health Program. *Evaluation Review* 1989;13(5):459–83.
47. Rossi P, Freeman H. Evaluation: A Systematic Approach. Third edition. Beverly Hills, CA: Sage Publications 1982.
48. Flay BR, Phil D, Koepke D, Thomson SJ, Santi S, Best JA, Brown KS. Six-year Follow-up of the First Waterloo School Smoking Prevention Trial. *American Journal of Public Health* 1989;79(10):1371–6.
49. Fowler FJ, Mangione TW. Reducing Interviewer Effects on Health Survey Data (NCHS Grant 3-518-HS04189). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics 1986.
50. Groves RM, Kahn RL. Surveys by Telephone: A National Comparison with Personal Interviews. New York: Academic Press 1979.
51. Denzin NK. Strategies of Multiple Triangulation. In Denzin, NK, Ed., The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. New York: McGraw-Hill 1978.
52. Schlesselman JJ. Case-Control Studies. Monographs in Epidemiology and Biostatistics, New York: Oxford University Press 1982.
53. Kelsey JL, Thompson WD, Evans AS. Methods in Observational Epidemiology. Monographs in Epidemiology and Biostatistics. Vol. 10. New York: Oxford University Press 1986.

AUSTRALIA: PLANIFICACIÓN PARA UNA SALUD MEJOR

Oportunidades para la promoción de la salud a través del desarrollo de objetivos y metas de salud nacionales

Don Nutbeam[1] y Marilyn Wise[2]

La promoción de la salud es el proceso que capacita a individuos y comunidades para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y lograr así la mejora de esta *(1)*. Esta definición fue incorporada a la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), que desde entonces ha guiado gran parte de las estrategias y actividades de promoción de la salud realizadas en los países industrializados *(2)*. Tal como se señala en la Carta, la promoción de la salud se basa en una combinación de acciones llevadas a cabo por las personas, las comunidades y los gobiernos con objeto de afectar al máximo los estilos y condiciones de vida que influyen en el estado de salud y en la calidad de vida. La salud se considera un recurso para la vida y no un fin en sí mismo.

Entre los aspectos esenciales de la promoción de la salud se encuentra la necesidad de que los gobiernos asuman el liderazgo y actúen para asegurar la adopción de políticas saludables, sobre todo de aquellas orientadas a la creación de entornos que favorezcan la salud. Uno de los componentes principales de las políticas públicas saludables, según lo destaca la Carta de Ottawa, es la necesidad de reorientar los servicios de salud para asegurar la aplicación óptima de los recursos disponibles a la consecución de una salud mejor para la población.

Este artículo describe el enfoque adoptado por Australia para desarrollar políticas públicas saludables por medio de una estrategia de objetivos y metas. Este enfoque refleja muchas de las características de la promoción de la salud antes definida y subraya algunos de los dilemas prácticos que aparecen al intentar convertir en acción política los principios de la promoción de la salud. Los primeros objetivos y metas de salud de Australia fueron publicados en 1988; en 1993 se publicó una revisión de los mismos.

Fuente: *Promotion and Education* 1993;0:19–24.

Se publica con permiso de la International Union for Health Promotion and Education, Vanves, Francia.

[1]Profesor de Salud Pública, Departamento de Salud Pública, Universidad de Sidney, Australia.

[2]Investigadora Asociada, Departamento de Salud Pública, Universidad de Sidney, Australia.

SALUD PARA TODOS LOS AUSTRALIANOS Y EL PROGRAMA NACIONAL PARA UNA SALUD MEJOR

El informe *Health for All Australians (3)* (Salud para los australianos) fue un "primer intento realizado en Australia a nivel nacional

para reunir un conjunto de metas y objetivos destinados a mejorar la salud y a reducir las desigualdades del estado de salud entre los grupos de población". Los 20 objetivos y 65 metas, publicados en 1988, se agrupaban en tres categorías principales: *grupos de población, causas principales de muerte y enfermedad y factores de riesgo.* Se establecieron metas y objetivos para todas las causas principales de muerte prematura, factores de riesgo más importantes y causas de morbilidad prematura de todas las áreas en las que se había demostrado una posibilidad de cambio. El conjunto reflejaba la experiencia internacional adquirida hasta la fecha y coincidían con los objetivos establecidos por otros países occidentales.

El informe contenía un conjunto de recomendaciones sobre prioridades, con su correspondiente presupuesto. Se proponían cinco campos para la acción a nivel nacional: mejorar la nutrición, actuar sobre los cánceres prevenibles, actuar sobre la hipertensión, prevenir los accidentes y mejorar la salud de los ancianos. Se estableció un Programa Nacional para una Salud Mejor, financiado con fondos de la Mancomunidad y del Estado por un total de 39 millones de dólares australianos para un período de cuatro años, con el fin de iniciar las estrategias destinadas a alcanzar las metas propuestas en cada uno de estos campos prioritarios.

El informe también incluía una meticulosa exploración y una síntesis de los conocimientos sobre el estado de salud de los australianos, las necesidades percibidas de la comunidad y de la infraestructura, los mecanismos de financiación y la dirección que habría que tomar para mejorar el estado de salud. Se destacaba la necesidad de influir en otros determinantes de la salud situados a niveles más altos que los factores de riesgo propios de la conducta, así como de reducir las desigualdades del estado de salud de la población. El informe sirvió como dirección y base, sobre todo a los que trabajaban en los sectores de salud y no gubernamentales, para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la muerte prematuras. Se comprometieron nuevos recursos y actuaciones (a través del Programa Nacional para una Salud Mejor) destinados a promover la salud. Varios estados comenzaron a desarrollar planes estatales propios, basados en versiones de los objetivos y metas nacionales, adaptados a sus circunstancias, y comprometieron recursos adicionales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La evaluación del Programa Nacional para una Salud Mejor, realizada por un grupo de expertos independientes, subrayó los distintos logros asociados al programa, tales como la facilitación del desarrollo de una infraestructura más adecuada para las actividades de promoción de la salud y el apoyo a la creación de gran número de proyectos destinados a mejorar la salud en todas las regiones de Australia. Sin embargo, los expertos señalaron también la facilidad con que un programa de este tipo podía verse marginado en un sistema de salud dominado por las grandes instituciones y grupos profesionales establecidos *(4)*, particularmente en los casos en que no existían mecanismos que permitieran orientar la financiación y gestión del sistema hacia la mejora del estado de salud.

ESTUDIO Y REVISIÓN DE LOS OBJETIVOS Y METAS DE SALUD NACIONALES

Con estos antecedentes, un grupo del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Sidney (que incluía a los autores) fue encargado en 1991 de estudiar y replantear los objetivos y metas establecidos en el informe.

El proceso de revisión comprendía tres tareas principales: el desarrollo conceptual de un marco revisado y ampliado para establecer los objetivos y metas de salud; la evaluación técnica de las metas existentes y el desarrollo de nuevas metas, si procedía, y la consulta con una gama de grupos gubernamentales y no gubernamentales, comunitarios

y de usuarios y personas, lo más amplio que fuera posible en el tiempo de que se disponía.

UN NUEVO MARCO PARA LOS OBJETIVOS Y METAS

Mediante un proceso de consulta, se elaboró un nuevo marco para los objetivos y metas de salud, que se incluyó en el informe definitivo *Objetivos y metas para la salud en Australia en el año 2000 y después*, publicado en 1993 (*5*). Este informe, basado en la experiencia adquirida durante el desarrollo de los objetivos y metas del informe de 1988, ofrece una gama más refinada de metas relacionadas con la mortalidad y la morbilidad, los estilos de vida saludables y los riesgos para la salud, pero refleja asimismo la importancia de las causas mediatas e inmediatas de la pérdida de la salud. En consecuencia, el informe de 1993 incluye metas que se refieren a los conocimientos sobre la salud y las capacidades para la salud, reconociendo la importancia de tales capacidades para que los individuos puedan mejorar su propia salud, lograr un uso óptimo de los recursos de salud disponibles y actuar colectivamente para conseguir los cambios necesarios. También se propusieron metas para mejorar el entorno, y se esperaba que sirvieran para articular de una forma más completa los determinantes sociales y medioambientales de la salud.

Aunque el propio informe reconoce las limitaciones de este enfoque, en él se afirma que un marco tan extenso ayuda a legitimar un conjunto más amplio de medidas destinadas a mejorar la salud y la calidad de vida de los australianos, como reflejo de las estrategias fundamentales propuestas en la Carta de Ottawa. La presentación de las metas no implica jerarquía alguna de los resultados o acciones. Las características básicas de los cuatro grupos de objetivos y metas son:

- mortalidad y morbilidad prevenibles,
- estilos de vida saludables y factores de riesgo,
- conocimientos de salud y capacidades de salud, y
- entornos saludables

En la figura 1 se presenta una revisión esquemática de las relaciones básicas que existen entre los cuatro grupos. En ella puede verse claramente que el progreso en relación con la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida depende de una serie de medidas relacionadas en las áreas restantes. También se demuestra la estrecha relación que existe entre las medidas a tomar en cada grupo y la forma en que pueden emplearse las diferentes puertas de acceso a la acción (por ejemplo, *educación* para mejorar los conocimientos acerca de la salud y *legislación y regulación* para crear entornos sanos).

Este nuevo marco conceptual permitió establecer metas en una gama mucho más amplia de aspectos, reflejando de una forma más evidente la gran cantidad de determinantes personales, sociales y medioambientales que influyen en la salud y que definen con mayor claridad el papel que desempeña el gobierno en los distintos sectores. Trata directamente el tema de la equidad en la construcción de las metas, muchas de las cuales se orientan fundamentalmente a mejorar la salud de las "poblaciones prioritarias" desfavorecidas y a corregir las causas subyacentes a la mala salud, que tienden a ejercer una influencia desigual en los grupos menos favorecidos de la sociedad.

El informe de 1988 implicaba, más que especificaba, tareas específicas a desarrollar por el sistema de salud en la consecución de las metas. En un análisis retrospectivo, puede verse que esta redacción contribuyó a impedir que el Programa Nacional para una Salud Mejor pudiera influir de forma importante en la financiación, gestión y dirección del sistema de salud principal. El informe de 1993 propone una reorientación de la prestación de servicios que refleja los objetivos y las metas y que establece de una forma mucho más explícita los mecanismos básicos para alcanzarlos.

CUADRO 1. Resumen de las características fundamentales de los cuatro grupos de objetivos y metas

a. Mortalidad y morbilidad prevenibles

Los objetivos y metas de este grupo comprenden todos los considerados en 1988, con varias adiciones. Como ejemplos de indicadores que pueden utilizarse para las metas de este grupo se encuentran las tasas de mortalidad, la prevalencia de morbilidad, los días de actividad limitada o de baja laboral, y la utilización de hospitales/servicios de salud. Se presta especial atención a las diferencias del estado de salud de los grupos de población.

b. Estilos de vida saludables y factores de riesgo

Este grupo incluye los estilos de vida y los factores de riesgo que contribuyen a incrementar el riesgo de mortalidad y morbilidad prematuras de la población, junto con los comportamientos que pueden contribuir positivamente al estado de salud. Al igual que en 1988, se incluyen la nutrición, el ejercicio físico, el consumo de tabaco y el uso y abuso de otras drogas, junto con la vacunación y la protección frente a los rayos solares. También en este caso, las metas se expresan en forma de reducción de las desigualdades del estado de salud, con especial atención a los subgrupos de población que corren mayores riesgos.

c. Conocimientos y capacidades en salud

Es el primero de los nuevos grupos que incluye el marco revisado. Se ha demostrado que el grado de conocimientos sobre la salud personal y las actitudes positivas favorables al cambio de comportamiento influyen claramente en la capacidad de las personas para adoptar estilos de vida saludables, acceder a los servicios de salud adecuados y actuar en consonancia con la información y el asesoramiento relacionados con la salud recibidos. Entre los indicadores que pueden aplicarse a este grupo se encuentran los conocimientos sobre los riesgos básicos de las enfermedades del corazón, los conocimientos acerca del sistema de salud y ciertas capacidades, como los primeros auxilios.

Además de los conocimientos sobre salud, las personas necesitan capacidades especiales, como la resistencia y el afrontamiento, para poder adaptarse y superar los problemas y conseguir el bienestar mental. Los indicadores que pueden aplicarse a este grupo son la autoestima, el acceso a la ayuda para afrontar el duelo y la pérdida, y la oportunidad de desarrollar habilidades para resolver problemas.

La autoayuda, el autocuidado y el apoyo social son categorías adicionales incluidas en este grupo. Se admite que la capacidad de los individuos para cuidar de sí mismos y su acceso a la autoayuda y al apoyo social son factores importantes en la consecución y conservación de la buena salud. Ejemplos de los indicadores de este grupo son los conocimientos y capacidades que permiten el autocuidado, la oportunidad de participar en grupos de autoayuda y el acceso a un apoyo social suficiente y adecuado.

d. Entornos saludables

Los determinantes del entorno social y medioambiental de la salud ejercen un efecto desproporcionado en las poblaciones más desfavorecidas de la comunidad. El cambio de estos determinantes podría reducir en gran medida las desigualdades injustas en relación con la salud.

Se ha adoptado un enfoque de base sectorial para definir las metas, a fin de expresar explícitamente la naturaleza de la acción intersectorial necesaria para conseguir los objetivos y metas de salud de este informe. Este enfoque resulta igualmente ventajoso para definir las disposiciones a tomar en cuanto a responsabilidad y vigilancia.

Los objetivos y metas se estructuran en los seis subgrupos siguientes: el entorno físico; alojamiento, infraestructuras de vivienda y comunidad; transporte; trabajo y centro de trabajo; escuelas, e instalaciones de atención de salud.

En estos subgrupos se proponen un conjunto de indicadores que reflejan la diversidad de los temas incluidos y la escasez de información relacionada con la salud recogida por los otros sectores. Será preciso afinar mucho más todas estas propuestas.

EVALUACIÓN DE LOS PROGRESOS Y DEFINICIÓN DE NUEVAS METAS

Las revisiones realizadas por el Instituto Australiano de la Salud y publicadas durante los años 1989–1990 *(6–10)* fueron de gran ayuda para la evaluación técnica del progreso del conjunto de metas establecidas en 1988. Estos estudios informaban sobre los fallos y deficiencias de las fuentes de obtención de los datos y formulaban recomendaciones para la revisión de los objetivos y las metas en relación con las prioridades del Programa Nacional para una Salud Mejor. En conjunto, durante el proceso de revisión técnica los obstáculos principales

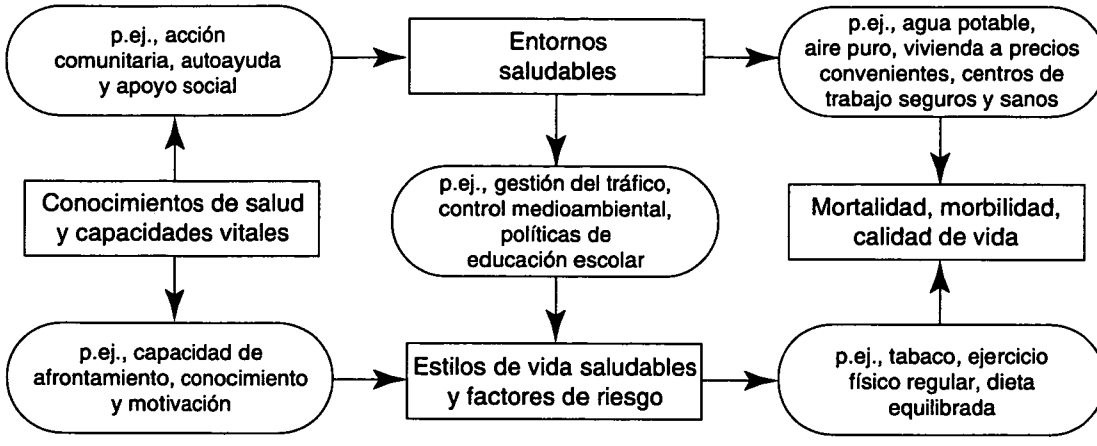


FIGURA 1. Relaciones entre los cuatro grupos principales de objetivos y metas

fueron, por un lado, la escasez de datos seriados (o, en muchos casos, la escasez de datos de cualquier tipo) sobre muchas de las metas de 1988 y, sobre todo, el escaso intervalo transcurrido desde la definición de las metas y la revisión de "los progresos" alcanzados.

Así pues, la tarea técnica de evaluación se centró sobre todo en actualizar la información en el caso de las metas conservadas, y en desarrollar una gama mucho más amplia de metas para reflejar el nuevo marco conceptual indicado en los párrafos anteriores. Este proceso suponía una revisión exhaustiva de toda la bibliografía publicada y de las fuentes de datos de Australia, junto con la consulta a expertos reconocidos sobre asuntos específicos. En distintas áreas caracterizadas por la complejidad de los temas o que planteaban dudas evidentes, se organizaron talleres de expertos para lograr mejores definiciones y establecer acuerdos sobre la manera de desarrollar las metas y los objetivos. Fue necesario organizar talleres de este tipo para varios aspectos de la sección sobre entornos saludables y para cuestiones más complicadas, como las relacionadas con las lesiones y con la salud mental. En otro artículo *(12)* se describe en forma más detallada este proceso de construcción de consenso acerca de las metas para lograr entornos saludables.

En conjunto, la tarea técnica de definir las metas fue muy amplia y, siempre que fue posible, las metas propuestas fueron establecidas por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con responsabilidades sustanciales en áreas específicas, o bien derivadas de sus recomendaciones. Así, se consultó a la Campaña Nacional contra el Abuso de Drogas sobre temas relacionados con el tabaco, el uso de drogas ilegales y el consumo de alcohol. Las grandes organizaciones no gubernamentales, inclusive la Fundación Nacional del Corazón y la Sociedad Australiana contra el Cáncer, contribuyeron con importantes propuestas relacionadas con sus intereses. Además, se aprovechó el trabajo de varios proyectos paralelos que existían ya o que fueron creados como complemento de la revisión. De ellos, los más notables fueron los referentes a objetivos y metas provisionales para los aborígenes e isleños del estrecho de Torres *(13)*, y los objetivos y metas de salud para niños y jóvenes *(14)*. En consecuencia, el conjunto de metas y objetivos representa el saber colectivo de un gran número de personas y organizaciones que contribuyeron a la elaboración del informe.

LA CONSULTA SOBRE LAS PROPUESTAS NUEVAS

El nuevo marco y la gama más amplia de objetivos y metas fueron articulados primero mediante un informe de progreso publicado en mayo de 1992 y que fue extensamente difundido durante un período de consultas de tres meses de duración *(15)*. En todos los departamentos de salud de los estados y territorios, se organizaron reuniones para discutir este informe, involucrando a los funcionarios, gerentes y proveedores de servicios y grupos locales de las comunidades. En total, se recibieron más de 200 respuestas escritas, además de la información obtenida en las diferentes reuniones. De este modo se logró afinar en gran medida las propuestas y se obtuvieron numerosos consejos sobre la forma de hacer que las metas sirvieran de estímulo para la acción destinada a mejorar la salud de Australia. Si bien no fueron consultados todos los grupos que quizás lo hubieran deseado, ni tampoco fue posible incorporar todos los consejos recibidos, las propuestas incluidas en el informe sobre objetivos y metas para la salud de Australia en el año 2000 y después, constituyen una base de gran valor sobre la que edificar un programa general de actuación. A este reto a la acción se dedica el resto del artículo.

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Y METAS: EL DESAFÍO DE LA EJECUCIÓN

En sí mismo, el informe sobre objetivos y metas resulta útil como fuente de referencias. Las metas identifican los grandes desafíos de la mejora de la salud de los grupos definidos como "población prioritaria". Aunque las más de 400 metas no pueden ser prioritarias para todos al mismo tiempo, ayudan a tomar decisiones sobre las prioridades y sirven para vigilar el progreso. Además, pueden utilizarse como un patrón con el que comparar las políticas existentes y juzgar la eficiencia del gasto destinado a los servicios y programas, e igualmente como plataforma común para coordinar las actividades.

Sin embargo, este uso neutral del informe no será muy útil para mejorar la salud de los australianos. Para enfrentarse a los desafíos descritos en él, sería preciso un programa de cambio mucho más general y sustancial. El informe no contiene un "plan maestro" para establecer tal programa, sino que defiende un conjunto de actuaciones estratégicas que, si se usaran en combinación, dirigirían la política y constituirían una base firme para la acción coordinada destinada a la consecución de las metas. Estas actuaciones estratégicas han sido ya consideradas con detalle en otro lugar *(16)*, pero aquí haremos un resumen de las mismas.

Proporcionar un liderato nacional

- obteniendo el compromiso de los gobiernos estatales y federal con las políticas que influyen en mayor medida en la posibilidad de que los australianos consigan una salud mejor. En muchos casos, hacen falta decisiones políticas ajenas al sistema de salud. En el propio sistema, la actuación destinada a conseguir las metas dependerá en gran parte de los criterios que se empleen a la hora de asignar los recursos para los servicios y programas.
- creando una Autoridad Nacional de Promoción de la Salud *(17)* a la que se otorguen la autoridad y los recursos necesarios para que se responsabilice del liderazgo y la coordinación nacionales necesarias para lograr las metas y objetivos.

Desarrollar un programa nacional coherente de promoción de la salud

- volviendo a estudiar las actuales prioridades en la promoción de la salud, las estructuras organizativas existentes y los

patrones de asignación de recursos. Para ello, será preciso valorar si los patrones tradicionales del gasto en salud guardan o no correlación con las metas prioritarias de salud y decidir sobre los posibles cambios del contenido, estructuras, organización y recursos del programa que pueden ser necesarios para lograr efectos óptimos.

Trabajar con los organismos más importantes

- mediante la designación formal del conjunto de organismos o agencias más importantes, tanto dentro como fuera del gobierno, con capacidad de vigilancia y control de los progresos relacionados con metas definidas y, en la mayor parte de los casos, de coordinación de las actuaciones destinadas a lograr las metas prioritarias individuales. Este enfoque ofrece la ventaja de hacer participar de una manera más formal a un amplio conjunto de departamentos ministeriales y de organizaciones no gubernamentales.

Trabajar con otros sectores

- mediante la identificación de las oportunidades específicas de acción intersectorial productiva, basadas en la obtención de resultados previamente acordados por los sectores.

Reorientar el sistema de salud

- logrando un acoplamiento mayor entre el estado de salud de la población y los servicios que esta recibe y ampliando la gama de herramientas de gestión utilizadas por el sistema de salud con el fin de incluir medidas de los resultados de salud obtenidos por la provisión de servicios.

AVANCES EN LA EJECUCIÓN

Las primeras actividades realizadas como respuesta a la publicación de los objetivos y metas nacionales de salud han sido estimulantes. Los objetivos y las metas fueron aprobados por los ministros de salud federal y estatales de Australia y han sido adaptados al acuerdo Medicare nacional, mecanismo fundamental que regirá la financiación de los servicios nacionales del país durante los próximos cinco años (1993–1998). El gobierno laborista reelegido recientemente incorporó los objetivos y las metas a su plataforma política y, junto con los gobiernos estatales, ha establecido las prioridades para la acción, que son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y la salud mental. El compromiso alcanzado consiste en tratar cada una de estas prioridades a través del marco diseñado en el informe sobre las metas, abriendo así la puerta a toda la gama de estrategias de promoción de la salud que constituyen el núcleo del informe, incluso la acción intersectorial para crear entornos favorables para la salud.

Se ha emprendido el análisis de las actividades realizadas en relación con estas cuatro prioridades (inclusive la provisión de la gama completa de servicios clínicos y de promoción de la salud) y se han creado grupos directores para cada una de estas prioridades con la misión de desarrollar el programa nacional en cada una de estas áreas. El programa incluirá promoción de la salud, provisión de servicios de salud y las actuaciones intersectoriales necesarias para alcanzar las metas.

Dentro del sistema de salud, el Consejo Nacional Australiano de Investigación Médica y de Salud ha establecido un programa de proyectos de investigación y demostración a fin de introducir progresivamente la dimensión de "resultados de salud" en la gestión y financiación de los servicios.

Todos estos primeros pasos importantes reflejan la enérgica voluntad del gobierno federal y de los gobiernos estatales de Australia de alcanzar los objetivos y metas de salud a

través de un marco para la acción que coincide con las estrategias más importantes de la Carta de Ottawa. Sin embargo, este buen comienzo precisará un apoyo político importante y prolongado para poder mantenerse. A medida que el tiempo transcurra, la estrategia deberá adaptarse a las lecciones aprendidas de la experiencia en la ejecución, y responder a los desafíos más difíciles que suponen la reorientación del sistema de salud y la acción intersectorial.

Durante los próximos años, el éxito de la estrategia australiana será juzgado mediante distintos "indicadores de rendimiento" que, aunque específicos de la situación de Australia, pueden ser útiles a un nivel más general en el planteamiento de una estrategia nacional de salud desde la perspectiva de la promoción de la salud.

"SIGNOS VITALES" DEL ÉXITO DE LA EJECUCIÓN

El concepto de "signos vitales" del éxito en la promoción de la salud ha sido propuesto recientemente por Catford, que identifica un conjunto de temas comunes que pueden utilizarse para saber que la promoción de la salud está "viva y sana" *(18)*. Estos temas abarcan la importancia de establecer relaciones con todos los sectores y marcos, el uso de enfoques complementarios a nivel individual y del entorno y la aplicación efectiva de la información. Mediante este enfoque, se proponen los signos vitales siguientes para valorar la respuesta nacional al desafío de ejecutar la Estrategia Nacional de Salud de Australia, basada en los objetivos y metas nacionales de salud:

1. Utilización del marco global de análisis y acción propuesto en el informe sobre objetivos y metas

Para ello, es preciso abandonar la respuesta tradicional y cómoda, centrada en los factores de riesgo, con objeto de conseguir una acción intersectorial eficaz compartida tanto por los departamentos del gobierno como por los sectores público y privado, y respaldar la "capacitación" en salud de los ciudadanos y comunidades.

2. Compromiso total del sistema de salud en el cumplimiento de las metas

Ello supone juzgar todos los programas y servicios que se ofrecen a través del sistema de salud australiano según su contribución a la consecución de los objetivos y metas nacionales de salud y, en última instancia, basar progresivamente la asignación de los recursos y la gestión de los servicios en la demostración de su efecto en relación con la inversión.

3. Integración efectiva de los programas de promoción de la salud

Implica evitar la creación de un gran número de "programas paralelos" que operen independientemente unos de otros, y asegurar la fertilización cruzada entre los distintos elementos de los programas y servicios.

4. Establecimiento de un sistema de rendimiento de cuentas basado en una vigilancia eficaz

Supone que la obtención y gestión de la información sobre salud deben orientarse a identificar el progreso (o su ausencia) en relación con las metas y que se establecerá un sistema de notificación regular sobre los progresos alcanzados.

Aunque estos cuatro indicadores de rendimiento no ofrecen por sí mismos una evaluación global del progreso, sí demuestran claramente la magnitud del desafío político y organizativo que supone la consecución de una salud mejor para *todos* los australianos. Habrá que ver si la respuesta positiva inicial del gobierno del país al desafío de la ejecución se mantendrá a lo largo del tiempo. El proceso

de ejecución debe vigilarse estrechamente en los años por venir, a fin de que las lecciones aprendidas puedan aplicarse en otros lugares.

Agradecimiento. Los autores desean agradecer a Monika Bhatia su ayuda en la preparación del manuscrito, 1989.

REFERENCIAS

1. Nutbeam D. Health promotion glossary. Véase la pág. de este libro.
2. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion.* World Health Organization/Canadian Public Health Association. Véase la pág. 367 de este libro.
3. The Health Targets and Implementation Committee. *Health for All Australians.* Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council and the Australian Health Ministers' Conference. Australian Government Publishing Service (AGPS), Canberra, 1988.
4. Commonwealth Department of Health. Housing and Community Services. *Towards Health for All and Health Promotion: The Evaluation of the National Better Health Program,* AGPS, Canberra, 1993.
5. Nutbeam D, Wise M, Bauman A, Harris E, Leeder S. *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond.* Report prepared for the Commonwealth Department of Health, Housing and Community Services, AGPS, Canberra, 1993.
6. Mathers C. *Australia's Health Goals and Targets: Data Requirements and Recommendations for Review.* Australian Institute of Health, Canberra, 1990.
7. Australian Institute of Health. *The National Better Health Program. Improved Nutrition: Monitoring Targets Towards 2000.* Australian Institute of Health, Canberra, 1989.
8. Australian Institute of Health. *The National Better Health Program. Injury Prevention: Monitoring Targets Towards 2000.* Australian Institute of Health, Canberra, 1989.
9. Australian Institute of Health. *The National Better Health Program. Preventable Cancers: Monitoring Targets Towards 2000.* Australian Institute of Health, Canberra, 1989.
10. Australian Institute of Health. *The National Better Health Program. High Blood Pressure: Monitoring Targets Towards 2000.* Australian Institute of Health, Canberra, 1989.
11. Australian Institute of Health. *The National Better Health Program. Health of Older People: Monitoring Targets Towards 2000.* Australian Institute of Health, Canberra, 1989.
12. Nutbeam D, Harris E. The role of the health sector in creating supportive environments for health. *Health Promotion International,* 1993 (in press).
13. Wronski I and Smallwood G. *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Goals and Targets* (Interim). Aboriginal and Torres Strait Islander Commission, Canberra, 1991.
14. Jolly D. *Health Goals and Targets for Australian Children and Youth.* Child, Adolescent and Family Health Service, Adelaide, 1992.
15. Nutbeam D, Wise M, Bauman A, Leeder S. *Review and Revision of the National Health Goals and Targets:* Progress Report, Department of Public Health, University of Sydney, Sydney, 1992.
16. Nutbeam D, Wise M, Bauman A, Leeder S. Achieving Australia's national health goals and targets. *Health Promotion Journal of Australia,* 3(2), 4–11, 1993.
17. National Health Strategy. *Pathways to Better Health,* Issues Paper No. 7, National Health Strategy Unit, Melbourne, 1993.
18. Catford J. Auditing health promotion: what are the vital signs of quality? *Health Promotion International,* 8(2), 67–8, 1993.

CUANDO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD FUNCIONA, LA OPOSICIÓN EMPIEZA: UNA OPINIÓN PERSONAL

James Cowley[1]

INTRODUCCIÓN

Todos hemos pasado por eso: casi todos hemos participado en esos interminables debates sobre educación para la salud y promoción de la salud, en esos debates sobre terminología y en las interminables discusiones acerca de si es posible cambiar los comportamientos.

Muchos de los colegas con los que he trabajado reconocen que, más allá de las teorías sobre educación para la salud y promoción de la salud, existen muchas otras disciplinas y actividades que no se plantean problema alguno a la hora de motivar, cambiar y formar la conducta humana. El contacto creciente con políticos y otros responsables de ejecutar las decisiones políticas en países o regiones pone de manifiesto que la teoría no les interesa y que, incluso aunque les interese, lo que más les importa son la acción y los resultados.

Poco a poco, me he ido planteando una tercera duda: y si la promoción de la salud funcionara . . . ¿Acaso no produciría enormes cambios potenciales que podrían llegar a lo más profundo de muchos y variados grupos de presión? . . . ¿Qué pasaría en ese caso? ¿Podríamos aprender alguna lección?

Con esta preocupación acerca de la importancia de tanta teoría, aceptando la necesidad de resultados y no de ideas o palabras y previendo que, si funcionara, podría abrir todo un nuevo campo de debate, acepté el puesto de director de promoción de la salud en un gobierno que se había comprometido a obtener resultados, con un ministro y un presidente que respaldaban el concepto de promoción de la salud.

El estudio de caso que sigue es, naturalmente, un relato sesgado, pero algunos de mis colegas han considerado que las partes que podían ser escritas deberían serlo. Los resultados citados no están sesgados. Han sido descritos por investigadores independientes.

Todo llegó a su fin tras un cambio de gobierno, con el nombramiento de un ministro, un presidente y una comisión reorganizada. El final, en el centro de un huracán político, demostró con demasiada claridad que la promoción de la salud es un tema político. Cuando funciona, la oposición empieza.

Fuente: *Health Promotion* 1986;1(2):201–209. Se publica con permiso de la Oxford University Press, Oxford, Inglaterra.

[1]Director, Servicios de Promoción de la Salud, Comisión de Salud, Australia Meridional, Australia 1980–1985.

ANTECEDENTES

Australia Meridional, el estado que se describe, tiene su propio sistema parlamentario con dos cámaras, alta y baja, su propio Consejo de Ministros y sus propios sistemas de salud, educación y bienestar social. Dispone de una amplia cobertura de medios de comunicación, electrónicos y de otro tipo. Posee una Comisión de Salud, responsable ante el Ministro del ramo, que es un miembro del Gobierno. También cuenta con más de 100 consejos locales elegidos de forma no partidista. Tiene grandes áreas industriales y una abundante población de clase media, y se extiende por un área geográfica que es unas cinco veces mayor que las Islas Británicas.

Mi experiencia me indica que Australia Meridional es un microcosmos de poderes, presiones, problemas y oportunidades similares a los que he visto en acción en poblaciones mucho mayores. Los procesos de gobierno, los problemas de los sistemas de salud y bienestar social, la influencia de los grupos de presión, el pronóstico económico, los patrones de desempleo de la juventud y otros sectores y el envejecimiento de la población son comparables a los de otros países occidentales. El tamaño de la comunidad permite estudiar de un modo más detallado los procesos de toma de decisiones y las presiones ejercidas sobre las políticas gubernamentales relacionadas con la salud. Como es lógico, existen muchas diferencias sutiles, pero para los fines de este estudio, la situación general es comparable a la de otros países occidentales.

El gobierno, el ministro y el presidente de la Comisión de Salud que establecieron los servicios de promoción de la salud querían que demostráramos o que la promoción de la salud funciona o que no funciona. No les interesaban las meras palabras ni los gestos. Mientras ese gobierno, con su interés por los programas innovadores, se mantuvo en el poder, nuestro mandato fue desarrollar un servicio de acción rápida orientado hacia los resultados. Sin ese apoyo al nivel más alto, pronto fue imposible operar de la misma manera.

OBJETIVOS INICIALES

Los objetivos iniciales para los tres primeros años eran muy sencillos:

- Demostrar que los programas preventivos podían funcionar.
- Separar los programas preventivos de la medicina curativa e integrarlos en la vida diaria. Había que desafiar la ideología social dominante, que reducía a las personas a ser meros receptores de un estado de bienestar, carentes de autoestima y organizados por la próxima ola de idealistas sociales que siempre saben lo que hay que hacer mejor que nadie. Nuestro objetivo consistía en estimular a las personas a ser usuarios de la salud, a hacer sus propias elecciones acerca de cómo mantenerse sanos y a liberarse del yugo de los conceptos populares de bienestar, enfermedad y dependencia.
- Influir en el sistema de salud de forma tal que este aceptara la promoción de la salud como parte legítima y a largo plazo del mismo y que, en última instancia, reconociera el componente preventivo de muchas áreas de su trabajo.

Resultaba evidente que, a menos que nuestros primeros resultados demostraran ya el éxito de la promoción de la salud en los dos años siguientes a su instauración, se desarrollaría una oposición creciente a seguir gastando dinero en ese rubro mientras se recortaban los presupuestos de otros.

De inmediato surgieron numerosos mitos acerca del dinero que gastábamos en este nuevo enfoque, pero la verdad es que, incluso hoy, el presupuesto es una fracción minúscula del presupuesto de salud.

Enseguida comprendimos que era preciso desarrollar una organización fuerte para lle-

var a cabo la tarea. Hicimos un estudio de viabilidad para investigar las capacidades de las distintas organizaciones que tenían programas preventivos y nos reunimos con un amplio corte transversal de la población del estado para discutir las necesidades en el campo de la promoción de la salud. A ello, añadimos el asesoramiento de un departamento de epidemiología excelente, que pudo indicarnos los aspectos más importantes de las enfermedades prevenibles. Al conjunto se sumaron las políticas del gobierno en campos tales como la prevención de las toxicomanías, la reducción del tabaquismo, la vacunación y la detección precoz del cáncer de mama, así como una difusión general de los conocimientos acerca de la salud a la población.

El estudió de viabilidad reveló que había muchas organizaciones y grupos involucrados en la promoción de la salud, pero que se necesitaba:

- una organización que pudiera dirigir programas a gran escala en la comunidad y en los medios de comunicación,
- la disponibilidad de materiales y publicaciones de buena calidad que las personas pudieran elegir para obtener de ellos respuestas a las preguntas relacionadas con la salud,
- oportunidades para que un mayor número de profesionales de la salud desarrollaran habilidades en el campo de la promoción de la salud,
- sistemas de recolección y difusión de información de los programas, tanto exitosos como fallidos,
- instalaciones para el uso adecuado de datos epidemiológicos y de otro tipo necesarios para planificar los programas y para investigar los resultados de los mismos,
- un grupo defensor que pudiera sugerir políticas sobre la promoción de la salud e iniciar medidas tendientes a dirigir preferentemente la atención hacia la salud y no hacia la enfermedad.

La unidad existente no funcionaba de esta manera y gran parte de su trabajo había sido una labor "cara a cara" en la comunidad, en las escuelas o en la formación de profesionales. Puesto que la nueva unidad debía tener una función central, era preciso incorporar nuevas personas.

La plantilla inicial aportó a la organización una amplia gama de experiencias procedentes de muchos campos no relacionados con la educación sanitaria o la promoción de la salud. De ella surgió un equipo formado por sujetos experimentados en la organización de programas comunitarios y en medios de comunicación a gran escala; un director creativo de categoría mundial que venía de Nueva York; investigadores; expertos en ciencias políticas, editores; un empresario que llevaría la tienda situada en el centro de la ciudad; periodistas y muchas otras personas de antecedentes igualmente diversos. Casi todos tenían algo en común: estaban acostumbrados a ser remunerados según los resultados que obtuvieran y no por hablar acerca de la posibilidad de obtener resultados.

Un equipo formado por más de 30 personas de este tipo es muy dinámico, pero también exige una enorme flexibilidad, dados los diferentes planteamientos propios de cada disciplina. Al final, llegué a la conclusión de que un equipo así no podía funcionar adecuadamente en el marco del servicio público. Las grandes diferencias que existen entre las técnicas de gestión modernas aplicadas al mundo de los negocios y que facilitan el desarrollo de estos equipos y las técnicas de gestión preferidas por los departamentos de salud están tan lejos unas de otras que es casi imposible conservar un equipo innovador.

La estructura organizativa desarrollada se muestra en la figura 1. Los programas se basaban en un modelo muy simple, que podía ser comprendido por todos y comunicado con facilidad. La primera fase consistía en definir el problema a partir de los datos epidemiológicos, sociopsicológicos, medioambientales, de comercialización y otros. Una vez obtenida la definición del problema, se elegían distintas

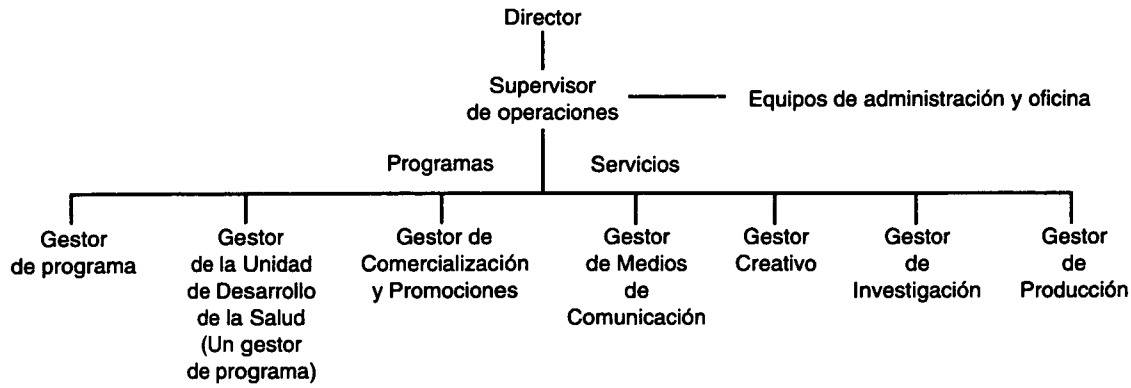


FIGURA 1. Estructura de la organización

estrategias para intentar reducirlo en la comunidad. El modelo se halla ilustrado en la figura 2.

Los resúmenes siguientes se refieren a distintos programas que fueron establecidos en Australia Meridional y que demuestran que es posible la promoción de la salud.

Es necesario comprender que la fuerza de estos programas radicaba en la participación masiva de muchos grupos y organizaciones procedentes de la comunidad y que no se debía simplemente a la organización que realizaba la coordinación central de los mismos.

Los programas establecidos se dividen en las secciones siguientes:

1. Definición del problema
2. Estrategias principales
3. Resultados
4. Grupos de presión opuestos más importantes
5. Costo per cápita del programa, incluso gastos de personal de los servicios de promoción de la salud; excluye los costos de apoyo comunitario.

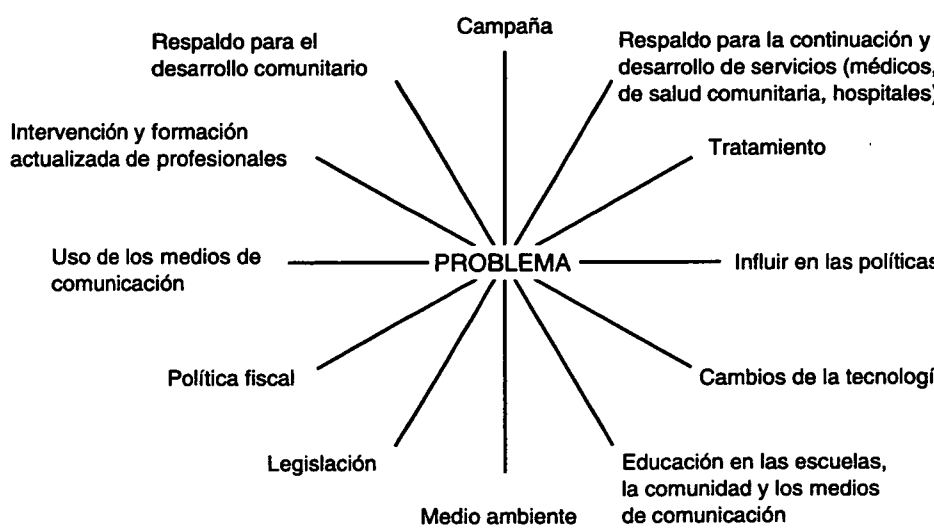


FIGURA 2: El abanico de estrategias

Programa para reducir el consumo de tabaco

1. Definición del problema

En aquel momento, alrededor de la tercera parte de la población era fumadora. En Australia, la comercialización del tabaco es agresiva. Se realizaron estudios demográficos a gran escala en todo el estado para establecer la naturaleza y magnitud del problema y para obtener opiniones variadas de la comunidad. La investigación nos demostró que existía un amplio respaldo de la población en este campo, ya que más del 80% apoyaba las campañas del gobierno. A continuación, se encomendaron dos programas de investigación de mercado, que segmentaron a los fumadores y nos proporcionaron datos acerca de sus motivaciones para abandonar el hábito de fumar (Steidl y Cowley, 1982; Bowden, 1984). Después, se hizo una investigación de mercado para poner a prueba conceptos y se determinaron los tipos de comunicaciones que podrían tener más éxito.

2. Estrategias principales

Medios de comunicación. Se hicieron programas de seis semanas de duración en los medios de comunicación, utilizando un anuncio que hacía surgir las emociones en torno al tabaco al comienzo de las pausas publicitarias, y otro que demostraba las circunstancias en las que los fumadores se veían "tentados" a fumar de nuevo, al final de las mismas. Uno de ellos fue el muy alabado anuncio del proyecto de Bernie McKay para la costa norte de Nueva Gales del Sur, puesto que no merecía la pena crear un producto nuevo cuando el existente funcionaba bien.

Se dieron seis semanas de publicidad en la radio, también basadas en la investigación de mercado y en los testimonios escritos de personas que estaban intentando dejar de fumar. También se organizaron seis semanas de cobertura informal en medios de comunicación para generar amplias discusiones en la comunidad.

Simultáneamente, los maestros hicieron programas en las escuelas y se redactó un manual para actualizar los conocimientos de los profesionales.

Los médicos recibieron materiales destinados a sus pacientes; los hospitales participaron repartiendo estos materiales y fueron muchos los grupos comunitarios involucrados.

Se organizaron algunos grupos de "Dejar de Fumar" para las escasas personas que necesitaban asesoramiento en grupo para abandonar el hábito. Se prepararon exposiciones en los centros comerciales. Las comunidades locales organizaron barbacoas y los atletas hicieron carreras entre ciudades en las que recolectaban firmas de personas que agradecían al gobierno su ayuda en este campo. Estas peticiones se llevaron a la ciudad capital y fueron presentadas al gobierno por la Asociación Médica del Estado de Australia.

Se trabajó en la industria para favorecer los ambientes libres de humo.

3. Resultados

Tomando como base el asesoramiento de investigadores experimentados y de la Oficina de Estadísticas de Australia, a los tres meses de la terminación del programa se hizo una encuesta domiciliaria. El área experimental demostró una disminución del 11,4% de los fumadores que se mantenía a lo largo de tres meses. El área de control presentó un descenso del 4,9%, pero este resultado probablemente fue artificialmente alto a causa de los efectos intercurrentes de otra campaña estatal.

En una ciudad, el 13,5% de la población mantenía el abandono del tabaco y, lo que resulta más interesante, fue precisamente en ella donde los trabajadores del área de bienestar social se opusieron a la campaña con más fuerza, pues consideraban que el tema no era realmente adecuado. Estas ciudades correspondían sobre todo a áreas industriales (McDonald, 1983).

4. Grupos de oposición más importantes

Los principales oponentes fueron, sin duda, una parte de los trabajadores de las áreas de salud y bienestar social, ya que en su opinión el tabaquismo no era un problema prioritario. También se opusieron al uso de los medios de comunicación. Otros creían que la tarea debía realizarse a través de grupos para dejar de fumar, en actividades cara a cara. Sin embargo, nosotros descubrimos que solo el 2% de los fumadores necesitaban realmente este tipo de ayuda.

Afortunadamente, la inmensa mayoría de los trabajadores de salud comunitarios nos prestaron todo su apoyo, que fue de gran ayuda al programa. Sin embargo, la minoría opuesta era muy activa y se transformó en una presencia constante.

Aun antes de que el programa comenzara, algunos académicos se opusieron al mismo, afirmando que carecía de base ideológica. Una de las demostraciones más llamativas de este prejuicio fueron las actas de un comité, en las que se afirmaba que "la calidad de la investigación debe ser puesta en duda y los resultados no son concluyentes". En esa fase, todavía no se había terminado el informe del estudio, que no había llegado a las manos del director de investigación, a las mías o a las del ministro, por lo que nadie había tenido la posibilidad de estudiarlo.

Como es de esperar, la industria se opuso a todo esquema que en su opinión atacara su derecho legal y legítimo a vender sus productos. Sin embargo, en general, en Australia Meridional se mantuvo a la sombra.

5. Costo del programa

El costo del programa fue de unos US$ 5 per cápita para el esquema piloto y de 40 centavos para el esquema a nivel estatal.

El programa se aplicó en todo el estado, pero no pudieron obtenerse resultados medibles comparables. Los motivos principales fueron, al parecer:

- la financiación fue demasiado baja (40 centavos, en comparación con $5 por persona, pues el presupuesto inicial sufrió varias reducciones),
- en el momento de la encuesta de seguimiento, algunas marcas de tabaco habían adoptado nuevas posiciones, lo que pudo haber incrementado el consumo de cigarrillos en algunos segmentos e influido en la muestra,
- el nivel de cobertura informativa de los medios de comunicación fue considerablemente menor.

Resultó interesante observar que el fracaso de este programa produjo más interés que el éxito de todos los restantes juntos. Los demás fueron considerados menores a la luz de este único fracaso. En otros campos de la modificación de conductas, como la publicidad, se admite que hay tantos éxitos como fracasos, mientras que las demandas que se hicieron a la prevención fueron demasiado exigentes y poco realistas.

Programa para incrementar la autoexploración mamaria

1. Definición del problema

Tanto la investigación epidemiológica como las recomendaciones federales habían demostrado que era necesario tomar medidas en cuanto al cáncer de mama. Se obtuvieron datos basales sobre la autoexploración mamaria, las biopsias y las actitudes de la población. Mujeres investigadoras hicieron una prueba de conceptos (Bowden, 1982; Bowden, 1984).

2. Estrategias principales

Se preparó un anuncio para televisión que utilizaba un médico como figura de autoridad (la investigación de mercado había revelado la

necesidad de dicha figura) para demostrar la autoexploración mamaria. Se organizó una cobertura informal de prensa a gran escala. Se diseñaron carteles para situarlos en lugares frecuentados por las mujeres. Numerosos grupos femeninos participaron y los centros de salud comunitarios organizaron reuniones. Se distribuyeron mamas de demostración y materiales docentes en los departamentos de ropa interior femenina de los grandes almacenes.

Se diseñaron paquetes de enseñanza para formar a los profesionales de la salud y se logró la participación de numerosos grupos comunitarios. Se organizaron seminarios para profesionales de la salud.

3. Resultados

Se produjo un incremento autonotificado del 16% del número de autoexploraciones mamarias. En el período de seguimiento de 3 meses, se comprobó un aumento del 30% en las tasas de detección del cáncer de mama, con un ascenso del 53% en las tasas correspondientes a las mujeres menores de 50 años y del 21% para las mayores de esa edad. Se encontró un descenso importante del número de casos con cuatro ganglios linfáticos afectados o más. También disminuyó el tamaño de los tumores (McDonald, 1982).

4. Grupos de oposición más importantes

Los grupos de oposición fueron escasos, en general, solo un pequeño número de especialistas médicos que temían una redistribución del presupuesto y un grupo minoritario dentro del movimiento feminista.

5. Costo del programa

Los costos del programa fueron de 5 centavos por persona, sin contar gastos de personal, y de 20 centavos por persona en total.

Programa de vacunación

1. Definición del problema

En aquel momento, solo entre 50 y 55% de los niños eran vacunados contra el sarampión. Cada año, la enfermedad producía 360 hospitalizaciones. El 27% de las mujeres de 21–30 años de edad no estaban vacunadas contra la rubéola. Se hizo una investigación de mercado acerca de los conceptos relacionados con la rubéola y se probaron distintos materiales (Bowden, 1981).

2. Estrategias principales

Se hicieron anuncios para televisión que fueron sometidos a pruebas de mercado, anuncios para la radio y un controvertido cartel sobre el tema de la rubéola. Se favoreció la cobertura informal de los medios de comunicación sobre temas relacionados con las vacunaciones a fin de mantener el interés de la población.

Se prestó atención a los grupos comunitarios a fin de estimularlos a tratar el tema y se actualizaron los conocimientos de los profesionales acerca de la vacunación. Se facilitó el acceso a los servicios a través de los consejos locales y de las escuelas.

En un programa de seguimiento se hizo un importante trabajo orientado a grupos étnicos específicos y se utilizaron sus propias redes comunitarias.

3. Resultados

Programa principal. Las tasas de vacunación contra el sarampión se incrementaron en un 64%; las correspondientes a la rubéola se elevaron en un 57% (SAHC, 1982).

Programa de seguimiento. Las tasas de inmunización entre la población del sudeste asiático con el antígeno triple aumentaron en un 42% y las de la poliomielitis, en un 28%. Uno de los grandes fracasos de las fases su-

plementarias del programa fue que se intentó abarcar un número demasiado grande de grupos étnicos al mismo tiempo. Si bien las tasas de los distintos grupos étnicos continuaron elevándose paralelamente con las tasas generales de vacunación, las cifras tan altas observadas en la comunidad del sudeste asiático no se produjeron en todos los grupos. Las pruebas parecen indicar que cuando los recursos son limitados es preciso trabajar con un solo grupo étnico en cada ocasión.

4. Grupos de oposición más importantes

Algunos trabajadores de salud comunitarios no aprobaron el uso de medios de comunicación. A ciertos miembros de los movimientos feministas no les gustó la importancia dada a la vacunación de la mujer contra la rubéola, aunque esta opinión quedó descartada por la reacción masiva de las mujeres de la comunidad en su conjunto, que aprobaron el programa en más de un 80%.

5. Costo del programa

Los costos del programa fueron de 3 centavos por persona, si se excluyen los gastos de personal, y de 15 centavos por persona en total.

Programa de reanimación cardiopulmonar

1. Definición del problema

Si más gente conociera los métodos de reanimación, se salvarían más personas afectadas por accidentes o ataques al corazón.

2. Estrategias principales

Fue un esquema generado a nivel comunitario con la colaboración de un hospital, St. John, de la Cruz Roja, y posteriormente de Apex, Woolworths y una agencia de publicidad. La Comisión de Salud proporcionó la financiación inicial y la ayuda necesaria para la promoción del programa en los medios de comunicación, la búsqueda de patrocinadores y el material impreso. Las estrategias fundamentales consistieron en publicidad masiva del esquema, enseñanza de pequeños grupos de la comunidad y el fomento de la participación de la población a través de los medios de comunicación.

3. Resultados

Durante los 18 meses en que se mantuvo el programa, se salvaron ocho vidas gracias al efecto directo del mismo.

4. Grupos de oposición más importantes

Muy pocos.

5. Costo del programa

El costo del programa fue de 3 centavos per cápita (presupuesto gubernamental antes de encontrar patrocinadores).

Se llevaron a cabo muchos otros programas, cada uno con un interés propio y con diferentes combinaciones de estrategias, pero no puedo referirme a todos ellos aquí con detalle. Sin embargo, algunos merecen ser mencionados.

Un programa de promoción de la salud dirigido a los ancianos, para ayudar a las familias que atienden a sus parientes ancianos con demencia senil. Consistió en respaldar a un grupo de voluntarios, a los que se apoyó tanto en el uso de los medios de comunicación como en los ensayos previos y en la publicación de un folleto dirigido a las familias. El costo fue de un centavo per cápita (Manfield, 1983).

Un programa diario de ejercicio físico en las escuelas, que produjo importantes cam-

bios mensurables de la salud física de los niños, de su estilo de vida, comportamientos y conocimiento del propio cuerpo. Parte de la oposición inicial al mismo procedió de los educadores sanitarios escolares tradicionales, que opinaban que debía darse más importancia a la autoestima y a las relaciones de convivencia que a la salud física. Como producto secundario, el proyecto incrementó, de hecho, la autoestima de los niños. El costo fue de 12 centavos per cápita.

Un programa de accidentes laborales, centrado en unir las fuerzas de los empresarios y de los sindicatos para producir, sobre todo, cambios del entorno en las industrias. El proyecto piloto demostró un descenso del ausentismo debido a accidentes de 428,2 a 56 horas, durante períodos comparables de 8 meses. Fue un programa piloto con buenos resultados patrocinado conjuntamente con el Consejo Nacional de Seguridad (National Safety Council, 1982).

Alcohol y conducción de vehículos en el grupo de edad de 16 a 24 años. Se realizó un programa a gran escala utilizando los medios de comunicación y con participación de la comunidad. No fue posible comparar las tasas de mortalidad a causa de los parámetros de investigación utilizados, pero las tasas de accidentes de este grupo de edad descendieron durante el período de prueba (McDonald, 1984).

Una tienda en el centro de la ciudad. Se diseñó un proyecto absolutamente innovador para crear una tienda en el centro de la capital del estado, a la que pudiera acudir la población como usuaria de la información sobre la salud. Se montaron varios escaparates que resultaron muy atractivos para los consumidores. La tienda tuvo muchos clientes y muchas organizaciones la utilizaron como forma de entrar en contacto con la población general en un ambiente no medicalizado.

EL FINAL DEL EXPERIMENTO

Tras estos éxitos a corto plazo, se hicieron considerables esfuerzos por desarrollar una política sobre promoción de la salud por parte de la Comisión de Salud. Para ello se iniciaron las tareas de investigación a fin de reorientar los programas hacia períodos más prolongados y con el propósito de obtener tendencias positivas mantenidas a largo plazo de los índices de salud (Cowley, 1982; Laurence, 1984).

El experimento se había basado en el propósito central de obtener resultados que pudieran ser medidos. Los métodos usados fueron alabados por muchos visitantes de otros países y el estilo de gestión, relacionado con la innovación e iniciativa de un equipo introducido en el sector público, fue considerado por muchos como totalmente distinto de los enfoques tradicionalmente aplicados a la educación para la salud y los servicios de salud.

Uno de los grandes estímulos del experimento fue que otros gobiernos solicitaron la revisión de sus propias organizaciones de promoción de la salud y la creación de otras nuevas, basadas en la experiencia de Australia Meridional (Cowley y Rubinstein, 1982; Cowley, 1982, 1983, 1984).

El final del experimento es hoy ampliamente conocido. Cambió el gobierno, cambió el ministro y cambió el presidente de la Comisión. Las relaciones se volvieron tensas. La oficina del Ministro instigó una revisión de la promoción de la salud, cuyos resultados se presentaron bajo privilegio parlamentario, una peculiaridad australiana por la cual no se aplica la legislación normal sobre difamación.

Las discusiones finales ignoraron los resultados y el reconocimiento de lo conseguido, centrándose por el contrario en los aspectos, intangibles y discutibles, de los estilos de gestión. Era la forma más segura de ganar, puesto que los estilos de gestión de los grupos innovadores y de los sectores empresariales con iniciativa difieren siempre de los aplicados al sector público.

Se llegó a la conclusión de que era necesario

aplicar cambios radicales y yo dimití como director, junto con otros miembros del equipo, en medio de un tumulto político entre los dos partidos. Desde entonces, la tendencia se ha inclinado hacia enfoques no muy distintos de los que existían cuando comenzó el experimento.

¿QUÉ OPOSICIÓN COMENZÓ CUANDO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EMPEZÓ A FUNCIONAR?

Los grupos de presión consideraron agredidos sus intereses en ciertas áreas particulares:

Profesionales de la atención de salud

En general, recibimos un apoyo importante de los miembros de la profesión médica. Casi todos ellos mostraron un alto grado de compromiso con la promoción de la salud y los grandes grupos profesionales nos prestaron un respaldo excepcional. Sin embargo, hubo ciertos aspectos que crearon cierta oposición.

- La incapacidad para comprender lo que es la salud por parte de algunos planificadores de salud. En general, estos deben destinar su tiempo a equilibrar los presupuestos y a asegurarse de que los hospitales no gasten demasiado. Pasar de esta tarea a un pensamiento más general y a la planificación a largo plazo de la forma de mejorar la naturaleza real de la salud experimentada por la población es un paso de gigante. Algunos funcionarios nunca pudieron dejar de considerar la promoción de la salud como una moda transitoria.
- La incapacidad de los sistemas de salud de considerar la eficacia en el mismo plano que la eficiencia. Los sistemas se centran en valorar si el dinero rinde, no en pensar si el gasto en un área supone un beneficio mayor que el gasto en otra área.
- En el campo de la salud, las novedades deben financiarse, en general, a partir de presupuestos rígidos.
- Los departamentos de salud dedican más tiempo a intentar sobrevivir la próxima crisis política que a la planificación a largo plazo.
- Los grupos de presión de la práctica médica consideraron, en ocasiones, que el dinero destinado a la promoción de la salud salía de sus presupuestos. Pensaban que si se había reducido una parte del sistema, era porque el dinero se estaba gastando en la promoción de la salud.
- La creencia de que la promoción de la salud es sumamente cara. Un gasto de $100.000 en una campaña de promoción se consideró un despilfarro enorme, mientras que el gasto diario en equipamientos de una cantidad diez veces mayor se consideraba necesario.

Profesionales de la salud y el bienestar social en tareas preventivas y trabajo comunitario

Aunque casi todos los trabajadores del área de bienestar social respaldaron los programas, un grupo minoritario, pero escuchado, se opuso a ellos. Este grupo planteó los siguientes problemas:

- Los programas debían moverse a gran velocidad y adaptarse a las necesidades de los usuarios. No era necesario diseñarlos en interminables comités. Algunos trabajadores rechazaron esta opinión.
- Parte de la izquierda intelectual del movimiento de bienestar social ha tendido a desarrollar una "jerga" y un lenguaje "retórico" en los periódicos, utilizando términos tales como "desarrollo comunitario" o "participación comunitaria", mientras que al mismo tiempo mantienen escasos contactos con la comunidad en la que desempeñan sus tareas, excepto por motivos de trabajo. Son los misioneros modernos: viajan de

Inglaterra a África pero no duermen allí: visitan el país desde sus cómodos ambientes izquierdistas con el propósito de corregir los "problemas" de las comunidades, pero huyen despavoridos ante la mera sugerencia de que deberían comprar, beber o mezclarse con la población de esas comunidades.

Al final, estos fueron los grupos de presión más influyentes. Su respuesta ante cualquier cosa era "pero". Se preguntaban: "¿Es adecuado?" "¿Es políticamente correcto?" "¿Se han hecho suficientes consultas?" y otras muchas preguntas que destruyen y desgarran cualquier posibilidad de acción. Los teóricos han basado su disciplina en un negativismo que invalida la innovación y la preocupación social real de nuestra sociedad. Reducen todo a descripciones y nunca buscan los resultados.

- Algunos trabajadores se oponían al uso de medios de comunicación.
- Algunos trabajadores exigían siempre más consultas con todos los involucrados en el trabajo comunitario. Pocas veces sugerían solicitar la opinión de los propios miembros de la comunidad.
- Algunos pedían siempre nuevas investigaciones, como si la investigación fuera una ameba que se autoperpetúa para facilitar la definición del problema.
- Algunos reclamaban siempre más recursos, sin comprender que el estado ya los había proporcionado.
- Algunos reclamaban siempre el trabajo cara a cara, sin aceptar el costo de estos enfoques y el escaso atractivo que tienen para la mayor parte de la población, que no desea ser considerada un "cliente" que necesita ayuda y que debe ser tratado de forma terapéutica.
- Casi todos los que se opusieron a los programas pretendían representar, erróneamente, a las comunidades en que trabajaban. Las veían a través de sus ojos de viajero; denigraban la cultura de la clase obrera acusándola de ser demasiado consumista; criticaban sus relaciones paterno-filiales; les acusaban de conformismo por no comprender las ideologías izquierdistas o del feminismo radical y desarrollaban programas destinados fundamentalmente a obtener para sí mismos una búsqueda de identidad tranquilizadora y no a ayudar a otras personas a sentirse orgullosas de las culturas a las que pertenecían.

LOS GRUPOS DE PRESIÓN POLÍTICOS

La salud es política y la promoción de la salud es política. Entre los aspectos que es necesario reconocer, destacan:

- el desarrollo del "político de medios de comunicación", que existe en todo el mundo y que desea políticas y programas que engrandezcan su imagen;
- la creciente exigencia de los gobiernos de obtener resultados a corto y no a largo plazo;
- la necesidad de responder a las preocupaciones de la población, como el sida, las drogas o la aspiración de pegamento, que muchas veces crean inquietudes desproporcionadas con la realidad epidemiológica;
- la necesidad de supervivencia política de los ministros.

LOS GRUPOS DE PRESIÓN INDUSTRIALES

Existen intereses que se oponen a la promoción de la salud. Pueden citarse muchos ejemplos de la aplicación de poderes corporativos para influir en las decisiones. Sin embargo, todo el que quiera dedicarse a la promoción de la salud debe entender que estos grupos consideran sus acciones como totalmente necesarias y que intentan conservar el empleo y la estabilidad económica.

Quizás uno de los campos de trabajo más importantes del futuro sea el de la asociación de la salud y la industria para ver si es posible desarrollar al mismo tiempo la salud y la prosperidad económica. Estas negociaciones deben afrontarse con el mayor grado de compromiso posible.

¿MERECIÓ LA PENA?

Los primeros cinco años del experimento realizado en Australia Meridional proporcionaron importantes lecciones para el desarrollo de la promoción de la salud:

Confirmaron que:

- pueden obtenerse resultados mensurables;
- un enfoque tendiente a resolver los problemas puede dar lugar a estrategias efectivas en el campo de la promoción de la salud;
- los medios de comunicación, el desarrollo comunitario, la formación y la acción política no se excluyen unos a otros, sino que todos pueden ser aplicados en forma paralela;
- si se da más importancia a la práctica que a la teoría, podrán obtenerse resultados, y
- pueden establecerse lazos firmes entre la promoción de la salud y la profesión médica.

También demostraron que:

- la promoción de la salud es políticamente inestable;
- la promoción de la salud ataca los intereses de muchos grupos de presión,
- es necesario establecer un enfoque ecológico global que enlace el desarrollo de la salud con otros aspectos de la sociedad, particularmente con el desarrollo económico e industrial.

REFERENCIAS

Bowden, M. R. (1981) Immunization advertising concept-testing. South Australian Health Commission.

Bowden, M. R. (1982) Breast self-examination. Marketing communication concept-testing. SAHC.

Bowden, M. R. (1984) Breast self-examination: A study of new communication strategies. SAHC.

Bowden, M. R. (1984) Smoking behaviour and attitude change: Advertising concept-testing. SAHC.

Cowley, J. C. P. & Rubinstein, P. (1982) The preventative and health education role of student services in tertiary education. In Row E., Tertiary Education in Australia. Tertiary Education Commission.

Cowley, J. C. P. (1982) Discussion paper for the South Australian Health Commission as a basis for a policy statement on health promotion. SAHC.

Cowley, J. C. P. (1983) Review of health promotion and education for the Minister of Health, Western Australia. SAHC.

Cowley, J. C. P. (1984) Review of health promotion, education and information in New South Wales. SAHC.

Laurence, H. (1984) Making South Australia a Healthy State. SAHC.

Manfield, C., Prochazka, Z., Henschke, P., Skinner, E. and Last, P. (1983) Memory loss and confusion: Dementia. SAHC.

McDonald, H. (1982) South Australian breast self-examination campaign report. SAHC.

McDonald, H. (1983) South Australian pilot stop-smoking campaign reports. SAHC.

McDonald, H. (1984) A programme to combat drinking and driving in 16–24 age group. SAHC.

National Safety Council. (1982) Management by objectives. National Safety Council, Adelaide, SA.

South Australian Health Commission. (1982) A short-term evaluation of the SA immunization promotion campaign. Epidemiology branch.

TERCERA SECCIÓN

FORTALECIMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

ESTRATEGIA BASADA EN LA COMUNIDAD PARA PREVENIR LAS CARDIOPATÍAS ISQUÉMICAS: CONCLUSIONES DE LOS PRIMEROS 10 AÑOS DEL PROYECTO DE CARELIA DEL NORTE

Pekka Puska,[1] Aulikki Nissinen,[1] Jaakko Tuomilehto,[1] Jukka T. Salonen,[2] Kaj Koskela,[3] Alfred McAlister,[4] Thomas E. Kottke,[5] Nathan Maccoby[6] y John W. Farquhar[6]

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares como problema de salud pública

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una causa importante de muerte en todo el mundo, si bien sus tasas de mortalidad varían mucho de región a región. En los países desarrollados, aproximadamente la mitad de todas las muertes, casi la tercera parte de las discapacidades permanentes y una gran proporción de la utilización de los servicios sanitarios se deben a las ECV *(65)*.

Durante el último siglo, la salud pública de los países industrializados ha experimentado un gran cambio: las consecuencias de las enfermedades infecciosas han disminuido espectacularmente gracias a las medidas sociales e higiénicas generales y a la prevención y terapéutica específicas. Como resultado, las enfermedades crónicas, particularmente las cardiovasculares, se han convertido en el nuevo problema principal de la salud pública. El análisis de los datos procedentes de varios países industrializados indica que la prevención y el control de las ECV, son los que podrían tener mayor influencia en la longevidad de la población adulta *(16)*. Así pues, el progreso de la salud pública dependerá de que se logre el control de las enfermedades cardiovasculares y de otros problemas no transmisibles relacionados con la salud.

Las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad que hoy día provocan las ECV no pueden

Fuente: Se publica con permiso de *Annual Review of Public Health*, Volumen 6, © 1995, por Annual Reviews Inc., Palo Alto, California, Estados Unidos de América.

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Departamento de Epidemiología, Helsinki, Finlandia.

[2]Universidad de Kuopio, Departamento de Salud Comunitaria, Kuopio, Finlandia.

[3]Comisión Nacional de Salud, Oficina para la Educación en Salud, Helsinki, Finlandia.

[4]Universidad de Texas, Centro de Ciencias de la Salud en Houston, Estados Unidos de América.

[5]Universidad de Minnesota, División Cardiovascular, Departamento de Medicina, y División de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Minneapolis, Estados Unidos de América.

[6]Universidad de Stanford, Facultad de Medicina, Programa de Stanford para la Prevención de las Enfermedades del Corazón, California, Estados Unidos de América.

justificarse solo por el envejecimiento de la población. En muchos países desarrollados, alrededor de 40% de las muertes en la población de edad media se deben a esta causa. Alrededor de tres cuartas partes de las mismas corresponden a la cardiopatía isquémica (CI), sobre todo al infarto agudo de miocardio (IAM). Desde la Segunda Guerra Mundial, la mortalidad por CI de las personas de edad media ha experimentado un notable incremento, y ha llevado a hacer de esta enfermedad una de las peores epidemias de todos los tiempos.

Existen diferencias considerables en las tasas de ECV y CI incluso entre países industrializados, como demuestran repetidamente las estadísticas de mortalidad *(p.ej., 37, 38)*. Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1975, los hombres finlandeses presentaban las tasas de mortalidad por CI más altas del mundo, seguidos por los de los Estados Unidos, Australia, Inglaterra y el Canadá (cuadro 1).

Las diferencias regionales de las tasas de mortalidad por ECV, fueron confirmadas también tanto en el Estudio de Siete Países *(25)*, en el que se encuestaron y siguieron muestras de población masculina de edad madura de distintas partes del mundo, como en un registro de IAM coordinado por la OMS *(67)*. Ambas investigaciones demostraron que las tasas más altas correspondían a Finlandia. Ya en los años 1950 las estadísticas de mortalidad indicaban que las tasas de ECV de Finlandia eran mas altas en el este del país que en el oeste; esta información también fue confirmada por el Estudio de Siete Países y el registro de IAM.

El efecto de las ECV, y de otras enfermedades no transmisibles (ENT) en la mortalidad prematura de Finlandia queda claramente demostrado por el hecho de que 5 de cada 10 muertes en las edades medias se deben a ECV; del resto, 2 se deben al cáncer, 1 a enfermedades respiratorias no neoplásicas, 1 a causas violentas y 1 a todas las demás causas. Esta situación no es muy distinta de la de otros países industrializados. Según el registro coordinado por la OMS, a comienzos de los años 1970, la tasa de incidencia anual de IAM en la población de 40 a 59 años de edad era 18 por 1.000 habitantes en Carelia del Norte (Finlandia oriental), 9 en Helsinki, 7 en Dublín, 6 en Perth (Australia), 5 en Londres, 4 en Heidelberg (República Federal de Alemania), 3 en Praga y 2 en Bucarest. Las estadísticas de mortalidad mostraban igualmente que las tasas de cáncer de pulmón en los hombres finlandeses eran altas, y mayores aún en la región oriental del país.

Historia y organización del Proyecto de Carelia del Norte

Estas cifras despertaron el interés y la preocupación de la población finlandesa, particularmente de los habitantes de Carelia del Norte, al este de Finlandia, donde se inició el Estudio de Siete Países en los años 1950. Las estadísticas confirmaban las propias observaciones de la población acerca de las elevadas tasas de enfermedad. A comienzos del decenio de 1970, se producían alrededor de 1.000 infartos de miocardio al año en una población total de 180.000 habitantes. Casi la mitad de los infartos afectaban a hombres menores de 65 años de edad y alrededor de 40% de los casos eran mortales. En 1972, 27% de la población de 45 a 59 años de edad de Carelia del Norte recibía pensión por discapacidad, un tercio de la cual se debía a una ECV *(45)*.

El 12 de enero de 1971, el gobernador, todos los representantes de Carelia del Norte en el Parlamento Nacional y los dirigentes de muchas organizaciones oficiales y voluntarias de la zona firmaron una petición de ayuda nacional para reducir el problema cardiovascular de la región. Dicha petición destacaba la elevadísima frecuencia de ECV en la zona y proponía a las autoridades y organizaciones nacionales pertinentes que "se acometieran con urgencia a planificar y ejecutar eficientemente un programa que tuviera el fin de reducir este grave problema de salud

CUADRO 1. Tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes normalizadas para la edad (grupo de edad, 40 a 69 años), 1975

País	Hombres	País	Mujeres
Finlandia	673	RU, Escocia	202
RU, Escocia	615	Israel	193
RU, Irlanda del Norte	614	RU, Irlanda del Norte	189
Nueva Zelandia	545	Australia	180
Australia	534	Estados Unidos de América	171
Estados Unidos de Amériica	528	Irlanda	168
Irlanda	508	Nueva Zelandia	167
RU, Inglaterra y Gales	498	Canadá	143
Canadá	473	Finlandia	142
Checoslovaquia	410	RU, Inglaterra y Gales	138
Dinamarca	400	Checoslovaquia	128
Noruega	398	Hungría	125
Israel	370	Dinamarca	114
Suecia	368	Bulgaria	110
Holanda	363	Suecia	102
Hungría	328	Austria	89
República Federal de Alemania	325	Holanda	87
Bélgica	312	Noruega	86
Austria	308	Bélgica	84
Bulgaria	237	República Federal de Alemania	81
Polonia	229	Yugoslavia	70
Italia	226	Rumania	64
Suiza	226	Italia	63
Yugoslavia	180	Polonia	56
Francia	152	Suiza	50
Rumania	146	Francia	37
Japón	69	Japón	29

pública del condado". Simultáneamente, se dio un debate nacional acerca de los aspectos afines de salud pública. En 1972, una nueva Ley de Salud Pública reorganizó la atención primaria de la salud y ese mismo año se estableció la Universidad de Kuopio (que incluye una facultad de medicina) en Finlandia oriental.

Como respuesta a la petición de Carelia del Norte, se reunió un panel formado por expertos finlandeses, expertos internacionales convocados por la OMS, autoridades sanitarias nacionales y representantes del condado para establecer la magnitud del trabajo que era necesario realizar y para recomendar el curso de acción a futuro, que incluía la creación de la organización del proyecto.

El Proyecto de Carelia del Norte, un gran estudio de prevención de las enfermedades cardiovasculares con base en la comunidad, se formuló y lanzó según esas recomendaciones. Desde un principio, el proyecto se concibió como un programa planificado y orientado a la acción, con investigación sobre evaluación y otros aspectos. Al mismo tiempo, debía funcionar en estrecha colaboración con las autoridades de salud y la OMS, y servir como proyecto piloto o de demostración para probar si este enfoque podría ser de utilidad para su posterior aplicación nacional e internacional.

Casi simultáneamente con el proyecto finlandés, en los Estados Unidos de América se diseñó y puso en marcha un estudio análogo llamado Estudio de las Tres Comunidades de Stanford *(15)*. Más tarde, los dos proyectos establecieron un intercambio científico mutuamente beneficioso y los progresos logrados en ambos países fueron pioneros en el campo del trabajo con base en la comunidad para la prevención de las ECV (véase más adelante).

Una vez establecida la organización inicial

del proyecto de Carelia del Norte, se planificaron el programa de intervención y su evaluación. Puesto que se reconocía la importancia de las mediciones basales y la comunidad estaba presionando para que se tomaran medidas, el primer trabajo del equipo del proyecto consistió en establecer mediciones basales adecuadas y métodos de vigilancia de la enfermedad para su evaluación posterior. Para ello, los planificadores se ciñeron a las normas de la OMS y a otras recomendaciones internacionales y establecieron contacto con distintos expertos finlandeses y representantes clave de Carelia del Norte.

Después del lanzamiento de esta encuesta para obtener mediciones basales (primavera de 1972), el equipo del proyecto pudo permitirse planificar las actividades de intervención. Se instaló una oficina de campo en el departamento de sanidad del condado y se crearon comités asesores locales con participación de diversos organismos comunitarios. También se desarrollaron contactos para organizar a la comunidad, se lanzaron las primeras campañas de concienciación, se elaboraron materiales y planes de acción y se empezaron las actividades de adiestramiento local.

Carelia del Norte es el más oriental de los siete condados de Finlandia. Tiene una superficie de 18.000 km^2 (casi 300 km de sur a norte) con grandes bosques, lagos, colinas, granjas pequeñas, pueblos y numerosas aldeas. En 1972, tenía 180.000 habitantes, con una densidad de población relativamente baja. Además, y en comparación con otras regiones de Finlandia, puede decirse que se trata de una zona de situación socioeconómica baja, alto desempleo y renta proveniente de la agricultura y la industria maderera, y pocos servicios, incluso médicos.

Así pues, en respuesta a la petición de sus habitantes, el Proyecto de Carelia del Norte se inició en la primavera de 1972 a fin de llevar a cabo un programa comunitario amplio y planificado de control de las ECV, particularmente la CI, en toda la región. Se trataba de un programa orientado a toda la población, aunque con especial hincapié en la atención a los hombres de edad media, en los que las tasas de enfermedad eran especialmente alarmantes. Se diseñaron evaluaciones para valorar la viabilidad, efectos, proceso de cambio, costos y otras consecuencias relacionadas con el proyecto, el que en un principio se estableció para ejecutar el programa y para evaluarlo tras un período de cinco años, desde 1972 hasta 1977. Como la experiencia resultó alentadora, se decidió prolongarlo *(45)*; en la primavera de 1982, se llevó a cabo una gran encuesta de los primeros 10 años de duración del programa *(44)*.

Los propósitos de este informe son a) describir el marco teórico del proyecto, la intervención y la evaluación; b) analizar y presentar los resultados más importantes obtenidos hasta la fecha y c) comparar el proyecto de Carelia del Norte con otros estudios realizados o que están aún en marcha en otras partes del mundo.

EL MARCO TEÓRICO

Principios generales

Los antecedentes históricos del proyecto de Carelia del Norte llevaron a adoptar un enfoque comunitario. Al mismo tiempo, dado que las ECV eran un problema de salud muy diseminado y sus precursores se presentaban en grandes segmentos de la población, se consideró necesario que el programa tuviera alcance comunitario. En consecuencia, el proyecto por principio, consistió en tratar estas enfermedades en toda la comunidad, como se haría en el caso de cualquier otra epidemia.

El enfoque comunitario supone que la magnitud y naturaleza del problema impiden adoptar una solución sencilla de procedencia externa. Por el contrario, el programa debe integrarse en la estructura de los servicios sociales y de salud presentes en la comuni-

dad. Dado que el problema está íntimamente relacionado con los estilos de vida, la propia población debe tomar la decisión de organizarse para resolverlo, con la ayuda de los expertos del proyecto. Un programa comunitario para el control de las ECV (y enfermedades afines que no sean cardiovasculares) supone que es posible aplicar el conocimiento científico existente al servicio de la población (o que es posible ayudar a la comunidad al facilitar su acceso a los conocimientos disponibles).

Si bien aún es necesario lograr nuevos avances médicos y tecnológicos, también es obvio que es posible conseguir el control de las ECV y de otras enfermedades afines con los conocimientos ya existentes, siempre que la población pueda aplicarlos eficazmente. Aunque todavía no hay (y quizás nunca haya) pleno acuerdo sobre las relaciones causales entre los hábitos sanitarios y la enfermedad, tenemos que actuar según nuestro mejor saber. Esta necesidad se confirma si tenemos en cuenta la magnitud del problema y el hecho de que no hacer nada es también una decisión. La decisión de esperar a las "pruebas definitivas" no ayudará a las muchas personas de nuestra sociedad que mueren prematuramente o sufren discapacidades graves. Aunque nuestro saber no sea completo, pocas enfermedades no transmisibles conocemos tan bien como conocemos la CI y el accidente cerebrovascular agudo (ACVA).

La historia de la salud pública está repleta de ejemplos de acciones que no se basaron en el conocimiento profundo de la patogenia y de la etiología de una enfermedad y que, sin embargo, han tenido éxito. Este se ha debido a menudo a la ejecución de una intervención efectiva realizada sobre algún eslabón de la cadena causal que provoca las manifestaciones graves. Los programas comunitarios bien evaluados forman un nexo de gran importancia entre la investigación básica de laboratorio y clínica y la aplicación a gran escala de los programas de salud pública a la sociedad. De este modo, tales programas pueden resolver nuestras dudas acerca de la eficacia de la acción, informarnos sobre el uso eficiente de los recursos disponibles (servicio y otros recursos comunitarios) e indicarnos otras posibles consecuencias de esa intervención. Por tanto, la ejecución de un programa comunitario evaluado meticulosamente, como es el caso del Proyecto para Carelia del Norte, sirve no solo para atender las necesidades de la región diana, sino como "piloto", "demostración" o "modelo" para poner a prueba la metodología en aplicaciones más amplias.

Dado que por naturaleza los programas comunitarios son proyectos de campo, se impide el control experimental de muchas variables. En consecuencia, el investigador no puede probar de una forma rigurosa sus hipótesis epidemiológicas o del comportamiento específicas. Por el contrario, un estudio comunitario pone a prueba un programa complejo pero práctico basado en la teoría previa y de carácter tal que podría aplicarse en otros lugares, si los resultados demostraran su éxito. De este modo, la "validez interna" limitada queda compensada por la mayor "validez externa" de los resultados, es decir, por la validez de su aplicación en las circunstancias de la vida real.

Una característica esencial de un programa "de demostración" o "piloto" es que la intervención está bien concebida y se ejecuta en forma de programa planificado y sistematizado. Sus contenidos se basan en los conocimientos médicos, epidemiológicos, del comportamiento y sociales existentes aplicados de forma inteligente y adaptados al escenario de la comunidad local. La evaluación comprende tanto el seguimiento continuo y la evaluación formativa para orientar el programa como la evaluación global aditiva para determinar los resultados generales.

La figura 1 describe un modelo de los precursores y etapas que se suceden en la historia natural de la enfermedad cardiovascular. Los resultados de la enfermedad están precedidos por sus orígenes en el ambiente y en el comportamiento a través de los factores biológicos (modificados por la predisposición genética

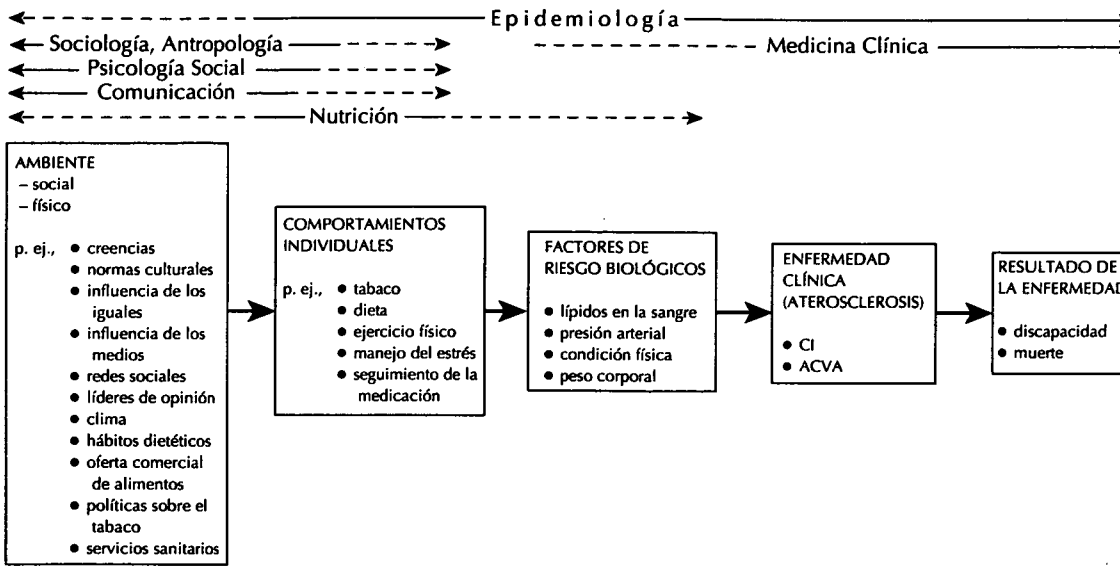


FIGURA 1. Precursores y secuencia de factores inductores de la enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular agudo)

Nota: se enumeran las disciplinas más importantes que se consideran necesarias para una investigación eficaz de la enfermedad cardiovascular (ECV) basada en la comunidad. El ámbito tradicional de cada una se indica en *la parte sólida de la línea*. La *parte punteada de la línea* indica las extensiones menos habituales de esa disciplina en particular hacia aspectos más amplios de los componentes relacionados.

de los individuos) y por las manifestaciones clínicas. Un rasgo esencial de los programas comunitarios es que usan simultáneamente los conocimientos *médicos y epidemiológicos* para identificar los problemas de salud y establecer prioridades en la selección de los objetivos de salud, y los conocimientos *sociales y del comportamiento* para diseñar los contenidos y actividades mismos. Ello supone la utilización de un enfoque multidisciplinario tanto en la planificación y en la ejecución como en la investigación para la evaluación.

El marco médico y epidemiológico

La petición y los antecedentes históricos del Proyecto de Carelia del Norte condujeron a la adopción de los objetivos principales. En consecuencia, las ECV más importantes, responsables del mayor exceso de mortalidad prematura de la población, sobre todo de los hombres, constituyeron la diana central del programa. Se sabía que el éxito del proyecto permitiría lograr otros objetivos de salud pública más amplios, puesto que a) la ECV era, por sí sola, responsable de casi dos terceras partes de todas la muertes de la población de edad media y b) la reducción del factor de riesgo diana traería consigo, muy probablemente, efectos beneficiosos para algunas otras enfermedades no transmisibles y para la salud en general.

El objetivo médico principal, el control de la epidemia de ECV, supone emprender todas las acciones posibles para reducir la carga de la enfermedad, y abarca desde la prevención primaria hasta el tratamiento, la rehabilitación, otras formas de prevención secundaria y la investigación afín. Sin embargo, solo la prevención primaria permite lograr el control de las enfermedades crónicas, ya que toda intervención aplicada a las etapas clínicas de la misma tendrá solo un impacto limitado. Así pues, el mayor potencial de control de las ECV radica en la prevención primaria: la "epidemia masiva" debe contraatacarse con una "prevención masiva".

Cuando se hizo la petición inicial del Proyecto de Carelia del Norte, ya había mucho conocimiento sobre los precursores e indicadores de riesgo de CI. La investigación había pasado de los estudios epidemiológicos descriptivos de poblaciones de alto y bajo riesgo y de estudios retrospectivos en pacientes con CI, a estudios prospectivos de seguimiento, de los cuales el más importante es el de Framingham de los Estados Unidos *(7)*. Como informe definitivo del Proyecto de Agrupación (Pooling Project), se había publicado un resumen de los resultados de otros estudios prospectivos iniciados en los Estados Unidos durante los años 1950 y 1960 *(39)* y también se disponía de los resultados de un gran estudio prospectivo internacional, el Estudio de Siete Países *(25)*. A finales de los años 1960, comenzaron a presentarse los primeros resultados del estudio sueco "Hombres nacidos en 1913" *(59)*. Todos estos trabajos indicaban que algunos factores, particularmente el tabaco, la elevación del colesterol sérico y el aumento de la presión arterial, permitían predecir una gran parte del riesgo futuro de CI, con independencia de otros factores potenciales estudiados. Los resultados de los estudios bioquímicos básicos, al igual que los de ciertos estudios experimentales o cuasi-experimentales sobre los diferentes factores de riesgo, se conocen también desde hace tiempo: sobre el abandono del tabaco *(8)*, sobre las dietas para reducir el colesterol *(62)* y sobre el tratamiento de la hipertensión *(63)*.

A comienzos de los años 1970, estos estudios habían sido ya objeto de varias revisiones excelentes (p.ej., *3, 11, 56, 57*). Diversos grupos de expertos habían publicado recomendaciones para que se llevasen a cabo nuevas investigaciones o se aplicaran actividades preventivas a nivel nacional. En 1970, un grupo de expertos de la OMS propuso que los ensayos preventivos se basaran en la intervención combinada sobre el tabaco, la hipertensión, el aumento del colesterol sérico y la inactividad física *(64)*. Ese mismo año, el Informe de la Comisión de Sociedades de Recursos para las Enfermedades Cardíacas *(47)* de los Estados Unidos recomendó que los esfuerzos de prevención primaria se dirigieran a erradicar el hábito de fumar, a cambiar la dieta con el fin de reducir las concentraciones de colesterol sérico y a dar tratamiento para la hipertensión. Asimismo, subrayó la importancia de la combinación de estos factores de riesgo.

Puesto que era posible identificar los factores de riesgo probables más importantes y dado que era obvio el origen multifactorial de la CI, varios centros habían comenzado a planificar ensayos multifactoriales. A lo largo del decenio de 1970, se iniciaron varios de estos ensayos, con el diseño clásico de asignación aleatoria de los sujetos entre grupos de experimentación y control. Sin embargo, rápidamente se vieron los problemas de este diseño, particularmente que se necesitaba tener un gran número de personas y muchos años para probar la hipótesis y la íntima relación que existe entre los factores de riesgo, por un lado, y los estilos de vida de la comunidad y el ambiente, por otro. Se vieron, pues, las ventajas indudables de un nuevo enfoque, consistente en involucrar a toda la comunidad en la modificación del perfil de los factores de riesgo mediante una intervención planificada y bien evaluada. Esa fue la elección del Proyecto de Carelia del Norte.

Fue relativamente fácil elegir los factores de riesgo principales sobre los que intervenir. Los trabajos internacionales habían puesto de manifiesto el papel, evidentemente importante, del tabaco, del colesterol (relacionado con los hábitos dietéticos) y de la presión arterial. Ya se sabía que los niveles de estos factores de riesgo eran muy altos en la población finlandesa y, sobre todo, en la de Carelia del Norte. Además, en esta región no había prevalencia de otros factores de riesgo posibles, como la vida sedentaria, la obesidad o el comportamiento de tipo A.

La validez del foco al que dirigir la intervención quedó asimismo confirmada por los resultados de otro estudio de seguimiento del Proyecto de Carelia del Norte *(53)*. En ese estudio se siguió durante siete años una

muestra aleatoria de población de alrededor de 3.800 hombres que tenían entre 30 y 59 años de edad al inicio del estudio y sin ECV evidente. Un análisis de función logística múltiple demostró que, además de la edad, los indicadores predictivos independientes más potentes del desarrollo posterior de un IAM eran el consumo de tabaco, el colesterol sérico y la presión arterial. De las distintas variables adicionales incluidas, solo la inactividad física (negativo) y el consumo de alcohol autonotificado (positivo) mostraron cierta potencia predictiva independiente. Asimismo, se comprobó que estos factores eran igualmente buenos para predecir la mortalidad total.

En un programa, una vez se ha logrado acuerdo sobre los factores de riesgo, es preciso elegir la estrategia de intervención. El enfoque "de alto riesgo" (o "clínico", o "enfocado") intenta identificar a las personas que presentan el mayor grado de factores de riesgo para intervenir sobre ellas. El enfoque "comunitario" (o "de población total" o "de salud pública) intenta modificar el perfil general de factores de riesgo de la población en conjunto.

Aunque el riesgo individual de CI aumenta con el incremento de los niveles de factores de riesgo (hecho de interés evidente para la práctica clínica), es fundamental comprender que los individuos de alto riesgo constituyen solo una pequeña fracción de los casos de enfermedad que se producen en la comunidad. Muchos casos corresponden a personas que solo tienen elevaciones moderadas de los factores de riesgo, si bien de varios de ellos. Puesto que hay muchas más personas con riesgo moderado que sujetos con verdadero alto riesgo, y puesto que la concurrencia de varios factores de riesgo ejerce un impacto sinérgico, solo podrá lograrse una reducción significativa del número de casos de enfermedad de la comunidad si se modifican los niveles generales de factores de riesgo de la mayoría, que en la práctica, equivale a toda la población.

El potencial del enfoque comunitario, claramente mayor, en comparación con el de alto riesgo en cuanto a reducir las tasas de CI de la comunidad se ha demostrado al modelar los distintos métodos utilizando los datos procedentes del proyecto de Carelia del Norte *(27)*. Rose también describió este hecho con base en los datos de Framingham *(50)*. Los resultados del proyecto de Carelia del Norte muestran también que los cambios de los estilos de vida de la comunidad no pueden predecirse correctamente a partir de los niveles iniciales de factores de riesgo de la población, lo que reduce aún más la utilidad del enfoque de alto riesgo *(53)*. En consecuencia, y desde un punto de vista epidemiológico, solo podrán conseguirse grandes reducciones de las tasas de enfermedad de una comunidad mediante una disminución amplia de los niveles de los factores de riesgo múltiples. Esto supone el esfuerzo de toda la comunidad por promover los estilos de vida que tienen mayores probabilidades de reducir el riesgo de ECV. Al mismo tiempo, es probable que estos estilos de vida sean beneficiosos para la prevención de otras enferme-

CUADRO 2. Coeficientes normalizados de las variables que predicen el riesgo de IAM y de muerte en el análisis logístico múltiple y durante un seguimiento de siete años de 3811 hombres de 30 a 59 años de edad en 1972 que inicialmente no tenían IAM, angina de pecho ni accidente cerebrovascular agudo

Variable	Coeficiente normalizado	
	IAM	Muerte
Edad	0,68[a]	0,71[a]
Colesterol sérico	0,42[a]	0,22[a]
Tabaco	0,35[a]	0,34[a]
Presión arterial diastólica	0,25[a]	0,23[b]
Inactividad física (laboral)	0,19[b]	0,24[b]
Consumo de alcohol (autonotificado)	−0,17[a]	−0,04
Nivel de educación	−0,06	−0,26[a]
Historia familiar de ECV	0,09	0,00
Peso relativo (IMC)	0,07	−0,16
Estrés psicosocial	−0,04	−0,04
Historia de diabetes	−0,03	0,03

[a]= $p < 0{,}001$.
[b]= $p < 0{,}01$.
[c]= $p < 0{,}05$.

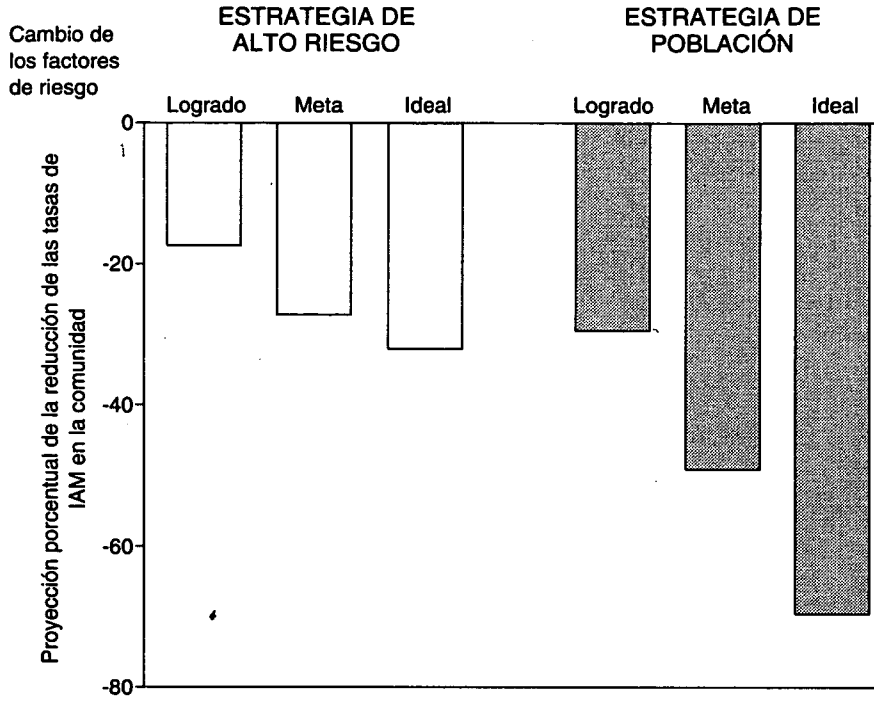


FIGURA 2. Proyección de los efectos de las diferentes estrategias de prevención en la reducción de las tasas de IAM en la comunidad: datos del Proyecto de Carelia del Norte

Nota: *Logrado y Meta* se refieren a las experiencias de los estudios recientes (27).

dades no transmisibles y para mejorar la salud en general.

El marco social y del comportamiento

Una vez establecido que influir en los estilos de vida y factores de riesgo de toda la comunidad es el objetivo del programa, la tarea pasa al campo de las ciencias sociales y del comportamiento. La práctica médica se basa desde hace mucho tiempo en la premisa de que, tras la identificación de los agentes del comportamiento que producen la enfermedad, bastará con darle la información a los sujetos para cambiar la situación. Tanto la práctica diaria como los numerosos estudios efectuados demuestran que rara vez sucede así. El comportamiento está entretejido de una forma muy compleja en la trama del ambiente físico y social.

En este momento, no podemos ignorar la vieja sabiduría de la salud pública, que considera la totalidad de huésped, agente y ambiente. Gran parte del trabajo sobre la prevención de las enfermedades crónicas se ha centrado en la relación que existe entre los agentes (factores de riesgo) y el huésped (hombre). De hecho, sin embargo, muchos, por no decir todos, los grandes éxitos de la salud pública se han logrado interviniendo sobre el ambiente. Esta relación con el entor no puede aplicarse al control de las ECV y es una de las grandes justificaciones del enfoque comunitario. Los agentes (comportamiento y factores de riesgo) de la enfermedad cardíaca dependen en gran medida de las fuerzas sociales y de otros factores propios del ambiente. Cualquier avance importante en el control de las tasas de enfermedad deberá tratar las fuerzas y estructuras de ese ambiente. La forma más natural y efectiva de cambiar los ni-

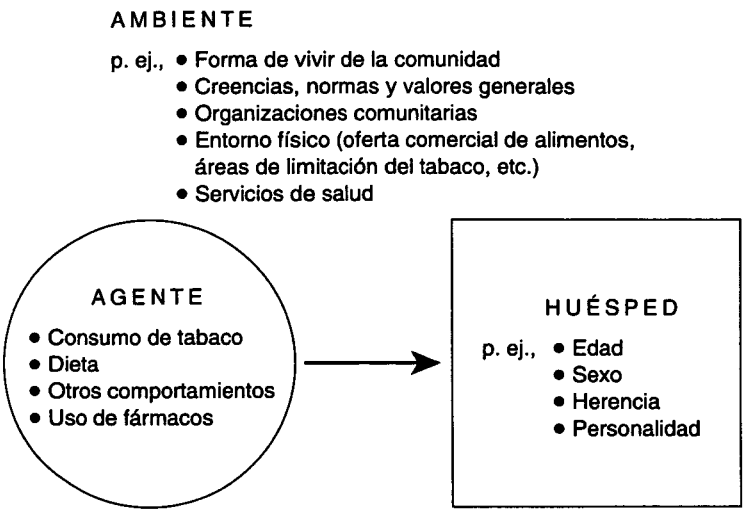


FIGURA 3. Modelo epidemiológico clásico de agente-huésped-entorno aplicado a las enfermedades no transmisibles

veles de riesgo de una población consiste en trabajar a través de la comunidad: esta, y no los individuos que la componen, debe ser la gran diana de la intervención.

La tarea de influir en los comportamientos y estilos de vida de las personas pertenece al dominio de las ciencias sociales y del comportamiento. Sin embargo, uno de los grandes problemas ha sido la ausencia de una teoría unificadora que sirva como guía. Las personas orientadas hacia los programas y la acción suelen frustrarse ante la incapacidad de los profesionales de las ciencias sociales y del comportamiento de decirles lo que tienen que hacer. A pesar de todo, creemos con firmeza que existen principios sólidos de ambas disciplinas que pueden guiarnos en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud basados en la comunidad. Nos referimos al viejo aforismo: "No hay nada tan práctico como una buena teoría".

A continuación, describiremos brevemente cuatro marcos teóricos, hasta cierto punto superpuestos, para el cambio de comportamiento. Por último, presentaremos un modelo que combina estos enfoques en un programa de salud basado en la comunidad.

El enfoque del cambio de comportamiento

Este enfoque psicológico social trata de los factores determinantes del cambio de comportamiento del individuo y se basa en el trabajo de Bandura sobre el proceso de aprendizaje. Al menos en los ensayos, los nuevos comportamientos tienden a surgir de la exposición circunstancial a modelos potentes; los factores que posteriormente determinan la persistencia de los nuevos comportamientos son, por un lado, externamente y autoimpuestos y cognoscitivos *(2)*. Este enfoque contiene también elementos de la teoría de campo clásica de Lewin *(29)* y del modelo de intención conductista de Fishbein *(17)*.

En un artículo anterior, presentábamos un marco compatible con este enfoque que utilizaba ejemplos obtenidos de las distintas actividades realizadas en Carelia del Norte *(32)*. La pertinencia de su aplicación a las distintas situaciones culturales ha obtenido respaldo en la obra reciente de Kar *(23)*; este autor ha demostrado que los factores útiles para predecir el comportamiento saludable (p.ej., el uso de anticonceptivos) son, en las distintas culturas, la intención, el apoyo de las perso-

nas que nos importan y la accesibilidad a los conocimientos y servicios.

Nuestro modelo subraya que, para ayudar a las personas a modificar su comportamiento, es necesario incluir las siguientes etapas esenciales en el proceso de planificación y evaluación del programa:

1. Mejores servicios preventivos para ayudar a las personas a identificar sus factores de riesgo y proporcionar la atención y asistencia adecuadas.
2. Información, para educar a las personas acerca de las relaciones existentes entre comportamientos y salud.
3. Persuasión, para motivar a las personas y favorecer su intención de adoptar una actitud saludable.
4. Formación, para aumentar la capacidad de autogestión, control del ambiente y acción necesaria.
5. Respaldo social, para ayudar a las personas a perseverar en la acción iniciada.
6. Cambio del ambiente, para crear las oportunidades para las acciones saludables y mejorar las condiciones desfavorables.
7. Organización comunitaria, para movilizar a la comunidad a fin de conseguir un amplio abanico de cambios (mediante un aumento del respaldo social y a través de la modificación del entorno) a fin de facilitar la adopción de los nuevos estilos de vida colectivos.

En lo que se refiere a la persuasión, una de las etapas esenciales del modelo, el Proyecto de Carelia del Norte destacaba la credibilidad de los emisores del mensaje (OMS, gobierno, expertos académicos, motivos de salud, etc.), distintos aspectos "afectivos" (referencia a la petición, "orgullo ciudadano", interés internacional, etc.) y los contenidos de los mensajes, que anticipaban los argumentos en contra y se amoldaban a la cultura local. En conjunto, el propósito fue inspirar "la acción comunitaria para el cambio" en la que las personas participarían no necesariamente por su propio bien, sino por el de Carelia del Norte y por el de un proyecto que había llegado a ser conocido y cercano a sus habitantes (así se subrayaban incentivos que no estaban relacionados con el riesgo de enfermedad a largo plazo). Uno de los lemas más utilizados fue: "Estoy en el Proyecto".

Al igual que en el Estudio de Tres Comunidades de Stanford (*15*), el proyecto de Carelia del Norte daba gran importancia a los distintos esfuerzos destinados a enseñar habilidades prácticas para el cambio, por ejemplo: técnicas para dejar de fumar y formas de comprar y cocinar alimentos más saludables. Con respecto a estos últimos, la estrecha cooperación de la asociación local de amas de casa (MARTTA) resultó sumamente valiosa. Se llevaron a cabo distintas actividades simultáneas para conseguir apoyo social, crear mejores posibilidades en el ambiente (p.ej., producción y comercialización de alimentos más saludables) y, en última instancia, organizar a la comunidad para que pudiera cubrir mejor esas necesidades.

El enfoque de comunicación-cambio de comportamiento

La tarea de introducir nuevos comportamientos en una comunidad se logra, básicamente, mediante la comunicación: comunicación de masas y comunicación interpersonal. Un proyecto comunica su mensaje a la población a través de los medios de comunicación masiva y también a través de la comunicación directa a los dirigentes de la comunidad. Además de la teoría del aprendizaje social de Bandura (*2*), el modelo de comunicación-persuasión clásico de McGuire (*33*), su modificación por Flay et al. (*18*) y el modelo de creencia-actitud-intención de Ajzen y Fishbein (*1*) proporcionan un trasfondo teórico bien documentado a este enfoque.

El Proyecto de Carelia del Norte ha desarrollado un modelo, relacionado sobretodo

con los programas de educación para la salud de la televisión nacional *(42, 46)*, que reconoce las distintas etapas del cambio de comportamiento, desde la exposición y la atención, pasando por la comprensión y la persuasión, hasta la acción y al mantenimiento del comportamiento nuevo. Además, el modelo toma en consideración los factores relacionados, por una parte, con el mensaje comunicado y, por otra, con los factores propios de la comunidad que influyen en los distintos estadios del cambio de comportamiento (véase la Figura 4). Las probabilidades de obtener resultados positivos aumentarán si se respetan cuidadosamente estos aspectos en la planificación del mensaje y se presta atención a los factores comunitarios, o incluso si se trata de influir sobre ellos (p.ej., incrementando la interacción social).

La tarea de influir en el comportamiento a través de los medios de comunicación es sumamente difícil, dada la complejidad del proceso. El mayor peligro radica en que al recibir muchos mensajes, a veces conflictivos, la gente tiende a conservar sus hábitos bien establecidos. No obstante, han podido observarse efectos reales sobre el comportamiento producidos por varios de los programas de televisión del Proyecto de Carelia del Norte. Por ejemplo, una encuesta nacional llevada a cabo dos o tres meses después del comienzo de la serie de televisión de 1982, mostró que alrededor de 25% de la población había visto al menos dos capítulos del programa, de 1 a 2% de los fumadores afirmó que había dejado de fumar, y aproximadamente 5% de la población había hecho auténticos cambios dietéticos *(42)*. Estas tasas representan cifras absolutas notablemente altas. En comparación con otros métodos, la cobertura televisiva presenta una buena relación entre costo y eficacia y es, sin duda, un componente útil del programa total. Se han publicado descripciones detalladas de este tipo de uso planificado de los medios de comunicación, tanto en lo que concierne a los programas de Finlandia *(40, 42, 46)* como a los del Estudio de Tres Comunidades de Stanford *(31)*.

El enfoque de innovación-difusión

Los estilos de vida nuevos son innovaciones que, con el tiempo, difunden a través de las redes naturales de la comunidad hasta alcanzar a los miembros de un sistema social dado. Esta difusión, que es la que causa el cambio social, se produce a través de la comunicación progresiva. La teoría de la innovación-difusión defiende que los medios de comunicación son más eficaces para dar a conocer las innovaciones y que resultan útiles para "establecer agendas", mientras que los canales interpersonales son más eficaces para lograr el cambio real de actitudes y comportamientos. El proceso de innovación se produce en cuatro estadios (obsérvese su parecido con el enfoque anterior): a) conocimiento, b) persuasión, c) decisión y d) confirmación.

Según esta teoría, las personas se pueden clasificar, de acuerdo con su aptitud para innovar, en innovadores, adoptadores precoces, mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados. La estructura social tiene varias normas (efectos del sistema) de gran influencia en la tasa de difusión. Cuando las normas de la comunidad son más modernas que tradicionales, es más frecuente encontrar adoptadores precoces y una tasa alta de difusión. Los primeros suelen tener gran influencia social en la comunidad y, por tanto, se hallan en posiciones clave para inducir la adopción de una innovación por los sectores restantes. Un agente de cambio es un profesional que intenta influir en este proceso de innovación-difusión. Se han sugerido tres tipos principales de *decisiones de innovación:* a) decisiones opcionales (individuales), b) decisiones colectivas (tomadas por consenso) y c) decisiones autoritarias (tomadas por un poder de orden superior).

El desarrollo de estos principios centrales de la teoría de la innovación-difusión se debe sobre todo a Rogers *(48)*, y se complementa muy bien con la idea clásica del flujo en dos pasos de las nuevas ideas y actitudes a través de los líderes de opinión *(24)*. Este modelo simplificado sostiene que las ideas nuevas, a

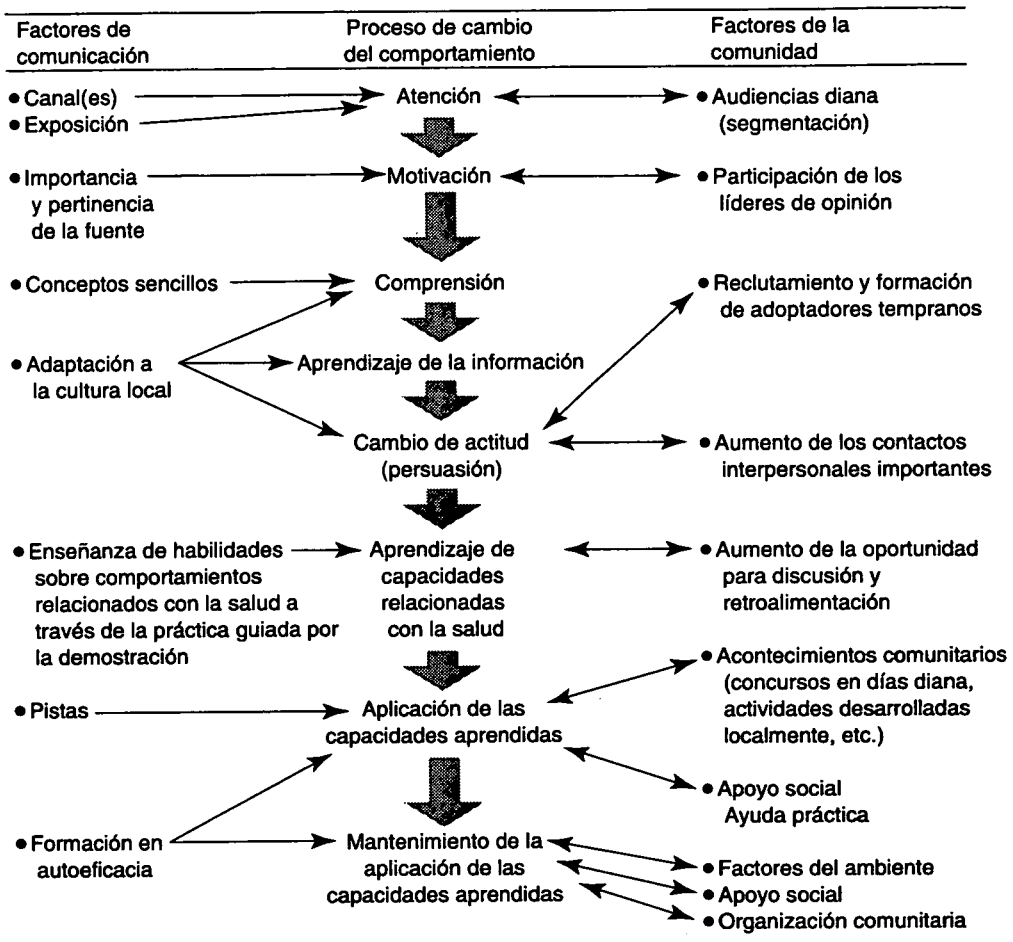


FIGURA 4. Modelo del proceso de comunicación en la intervención comunitaria con objeto de inducir el cambio de comportamiento, según se aplicó en el Proyecto de Carelia del Norte

menudo surgidas de los medios de comunicación, son mediadas y modificadas por ciertos líderes de opinión y que, a continuación, el resto de las personas reciben su influencia, sobre todo mediante los contactos interpersonales con esos líderes de opinión. Estos últimos pueden identificarse por su posición o experiencia particulares, o pueden ser informales e indistinguibles con criterios formales. Asimismo, pueden favorecer u oponerse al proceso de innovación-difusión.

Los principios de la innovación-difusión son de gran importancia en muchos programas comunitarios. Un proyecto de salud se basa en ciertas innovaciones saludables que los agentes del cambio intentan difundir a los miembros de la comunidad a través de la red social por medio de la comunicación. El tiempo de difusión es un componente básico de este método. La difusión puede resultar más fácil cuando se aplican hábilmente los principios teóricos del proceso de comunicación. El grado de resistencia de la comunidad (efecto del sistema) desempeña, también, una función claramente importante.

El equipo central del Proyecto de Carelia del Norte hizo lo posible por atenerse a varios principios que bien se sabe son exitosos como agentes del cambio, p.ej., entender las necesidades de la comunidad y diagnosticar sus

problemas, representar una fuente creíble, establecer una relación estrecha y empatía, inculcar la intención de cambiar en las personas y mostrarles cómo traducir la intención en acción. Desde su concepción, el personal del Proyecto trabajó en íntima colaboración con los distintos líderes formales de opinión (dirigentes municipales, de organizaciones de voluntarios y empresariales, personal de salud, medios de comunicación, y otros). Más tarde, se identificaron sistemáticamente los líderes de opinión informales a fin de comunicar las innovaciones al condado por su intermedio (*35, 41*).

El enfoque de organización comunitaria

En última instancia, los grandes cambios de una comunidad solo se consiguen a través de sus propias estructuras. Toda comunidad posee una red compleja que ejerce una gran influencia en los comportamientos y estilos de vida individuales. El enfoque de organización comunitaria subraya los esfuerzos para influir en el individuo a través del cambio de las organizaciones, con objeto de lograr el fin deseado. El concepto se basa tanto en el autodesarrollo de la comunidad (la comunidad identifica un problema y se organiza para resolverlo) como en las influencias exteriores necesarias para promover la reorganización.

La petición comunitaria que dio inicio al Proyecto de Carelia del Norte produjo un clima subjetivo favorable a la reorganización de la comunidad. Sin embargo, el equipo del Proyecto proporcionó el impulso exterior y los recursos necesarios para el cambio. Como consecuencia, los principios de la persuasión y de la misión del agente del cambio han sido fundamentales. El impacto depende en gran medida del grado en que las organizaciones existentes en la comunidad consideran que las acciones propuestas se adaptan a sus necesidades particulares. Por tanto, para conseguir el éxito en el autodesarrollo de la comunidad es imprescindible que el programa ofrezca incentivos para la colaboración propuesta.

El equipo del Proyecto de Carelia del Norte intentó, a lo largo de todo el programa (aunque con mayor intensidad al comienzo del mismo), permanecer en contacto con muchos representantes de las organizaciones comunitarias. Con ese fin, trabajó en estrecha colaboración con los representantes de los medios de comunicación (periódicos, radio), con miembros de los servicios de salud y otros (administradores, médicos, personal de enfermería, maestros y profesores, trabajadores sociales, escuelas, etc.), con los dirigentes empresariales (productos lácteos, fábricas de salchichas, panaderías, comercios de comestibles, etc.) y con personas clave de las organizaciones de voluntarios (asociaciones en defensa del corazón, de amas de casa, sindicales, deportivas, etc.). Se trataba de enseñar a todas estas organizaciones las formas más prácticas y factibles de colaborar, aún reconociendo las necesidades específicas de cada una. Evidentemente, el objetivo era lograr que el cambio así iniciado llegara, en última instancia, a influir en el comportamiento de la comunidad.

Un modelo unificado

Los enfoques descritos en las páginas precedentes se han unificado en la figura 5 para mostrar el modelo social y del comportamiento de la intervención comunitaria que consideramos más apropiado para el Proyecto de Carelia del Norte. La aportación exterior del proyecto influye en la comunidad tanto a través de la comunicación trasmitida por los medios de difusión masiva, que alcanza a la población general (en la que su efecto se halla mediado por la comunicación interpersonal) como, e incluso más, a través de los líderes de opinión formales e informales que actúan como agentes del cambio para intervenir en los distintos aspectos de la organización comunitaria. Esta doble influencia pretende incrementar los conocimientos, persuadir, enseñar habilidades prácticas y

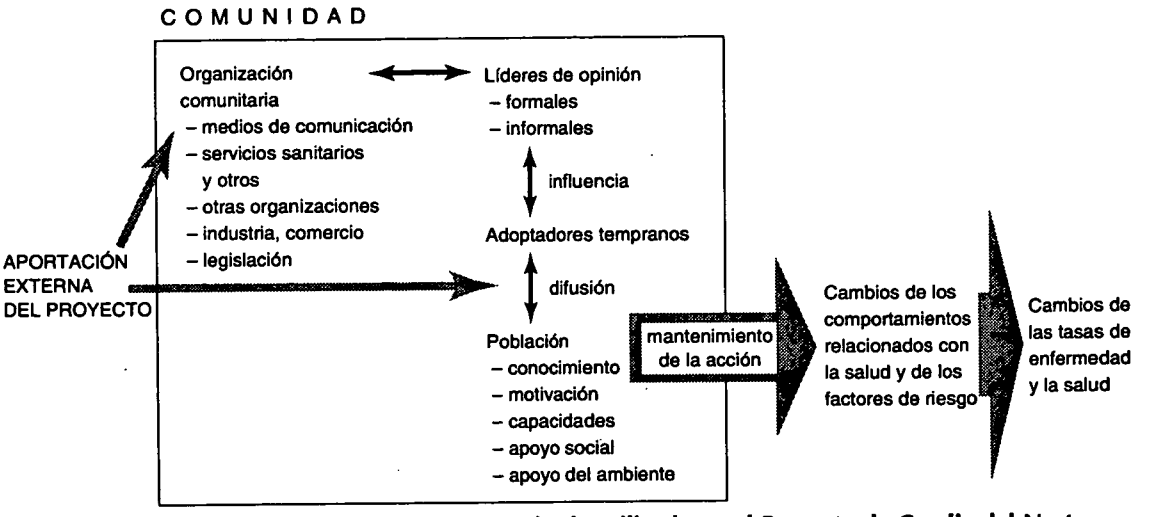


FIGURA 5. Modelo de intervención comunitaria utilizado en el Proyecto de Carelia del Norte

proporcionar el soporte social y ambiental necesario para que la población utilice y mantenga las habilidades adquiridas. A su vez, la adquisición y conservación de los nuevos comportamientos conllevan un perfil de factores de riesgo más favorable, tasas de enfermedad más bajas y mejor salud.

COMPONENTES PRINCIPALES DEL PROYECTO

El marco práctico del Proyecto de Carelia del Norte, como cualquier otro proyecto de este tipo, consta de los componentes de planificación, ejecución del programa de intervención y evaluación, por lo general en ese orden cronológico, que es el natural. Sin embargo, en muchos casos los tres componentes pueden darse simultáneamente, a medida que el proyecto avanza (figura 6).

Planificación

Los elementos fundamentales de la planificación del proyecto son la definición de los objetivos, el análisis de la comunidad, el establecimiento de la organización del proyecto y los pasos preparatorios.

Los objetivos fundamentales del programa suelen establecerse según las necesidades de salud de la comunidad, ya sean objetivas, percibidas o ambas; en Carelia del Norte, las necesidades eran de ambos tipos. Los objetivos intermedios se definen en función de los conocimientos médicos y epidemiológicos acerca de la forma de influir en el problema o problemas de salud. A continuación, los objetivos prácticos y las medidas de intervención reales se basarán en el análisis meticuloso de la comunidad y en la comprensión de los determinantes estratégicos de los objetivos intermedios (figura 7).

En la mayor medida posible, el análisis de la comunidad ("diagnóstico de la comunidad") debe proporcionar un conocimiento profundo de la situación existente al comienzo del programa. Debe aportar la base sobre la cual se seleccionen las prioridades y los métodos más adecuados de intervención. Asimismo, debe indicar la forma de realizar el seguimiento continuo para orientar las actividades. La información básica sobre Carelia del Norte se reunió según estos principios *(45, 60)*. Se recopiló la información disponible de estudios previos, estadísticas y opiniones de expertos, la cual se analizó en seminarios de planificación. Más tarde, se emplearon los

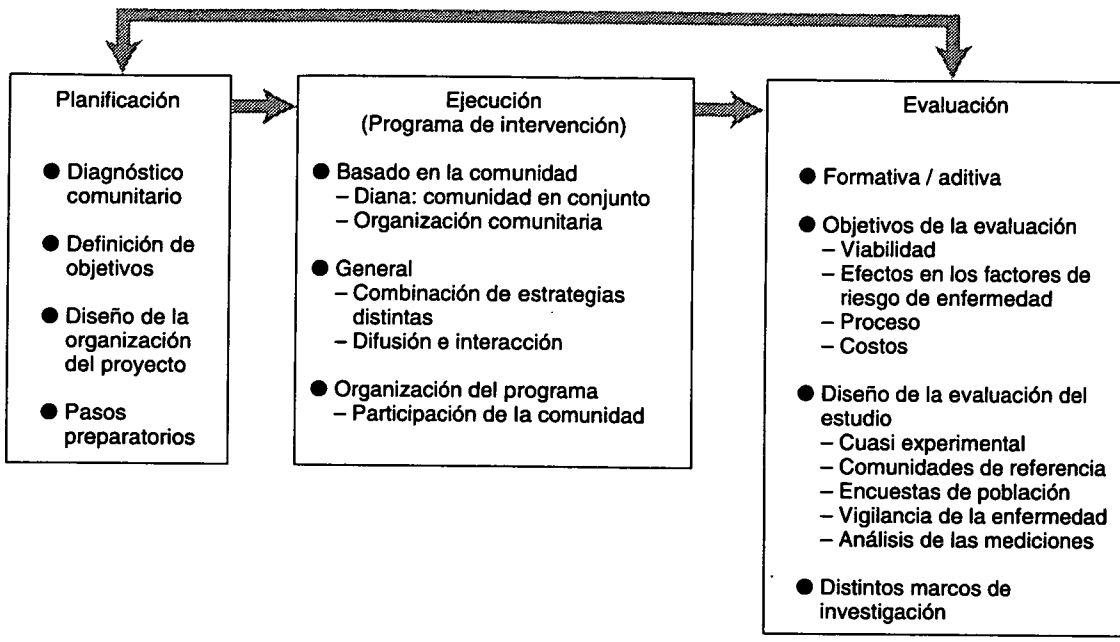


FIGURA 6. Modelo de los elementos de un proyecto basado en la comunidad, correspondiente al usado en el Proyecto de Carelia del Norte

resultados de la encuesta inicial para completar el cuadro.

La información relevante al diagnóstico de la comunidad incluyó los datos epidemiológicos de la región, es decir, las tasas de morbilidad y mortalidad de los distintos problemas de salud de la población en su conjunto y de distintos subgrupos y las tasas de prevalencia de los posibles factores que influyen en esas enfermedades en la población blanco. Asimismo, se revisaron las características geográficas, demográficas y socioeconómicas de la comunidad. Además se obtuvo información sobre los distintos estilos de vida relacionados con los factores de riesgo, las diversas facetas de la comunidad que influyen en estos complejos de comportamientos, el liderato comunitario y los canales de interacción y comunicación social, y otros factores pertinentes del marco social y del comportamiento.

Puesto que el éxito de un programa depende en gran medida del apoyo que reciba de la población, también se obtuvo información sobre la forma en que los ciudadanos y sus representantes veían el problema y sobre cómo se sentían acerca de la posibilidad de resolverlo. Dado que el programa dependería de la cooperación de los dirigentes locales y de los profesionales de la salud, se hizo también una encuesta de estos grupos al inicio del proyecto *(43)*. Antes de decidir las formas de ejecución del programa, se tomaron igualmente en consideración los recursos comunitarios y la estructura de los servicios.

La historia de la formación de la organización del proyecto y de sus pasos preparatorios ha sido descrita en las páginas anteriores. La organización del proyecto comprende un investigador principal (director del proyecto), investigadores co-principales, un comité directivo y un centro coordinador constituido por el Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Pública (previamente en la Universidad de Kuopio). Esta organización central del proyecto coordina las actividades de campo en Carelia del Norte, las actividades de investigación (Instituto Nacional de Salud Pública, Universidad de Kuopio y otras) y otras actividades

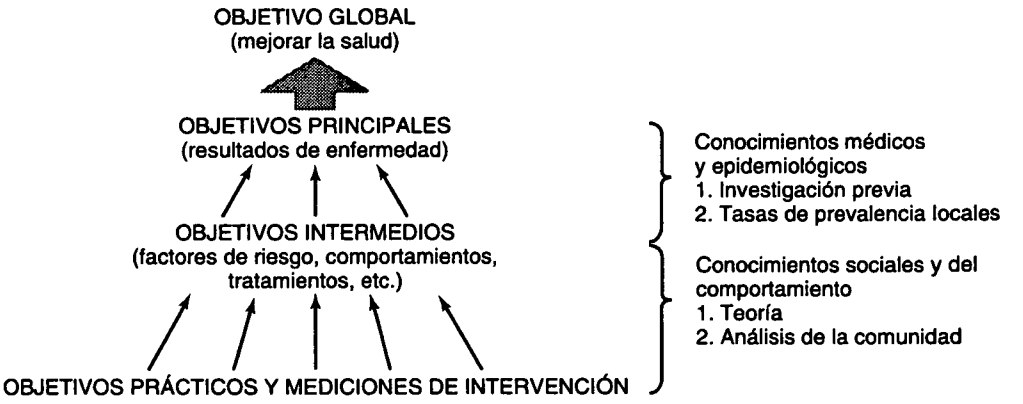


FIGURA 7. Definición de la jerarquía de objetivos de un programa basado en la comunidad

nacionales e internacionales. La oficina de campo del proyecto está situada en el Departamento de Sanidad (y Servicios Sociales) del condado. Existe un comité asesor local del proyecto que contribuye a incrementar la participación de la comunidad y obtener retroalimentación.

Ejecución del programa de intervención

La meta fue, siempre, ejecutar el programa según sus objetivos y principios. Dentro de la estructura general del programa, su ejecución fue lo bastante flexible como para ajustarse a las oportunidades que ofrecía la comunidad. Tras definir las medidas necesarias, se consiguió el apoyo formal de la comunidad y se identificaron los recursos comunitarios para realizar las tareas.

Era preciso integrar el programa en la organización social de la comunidad, puesto que de esta forma se garantizaban la participación de aquella y el acceso a sus recursos. Es así que el Proyecto estableció los objetivos y elaboró el marco general, pero fue fundamentalmente la propia comunidad la que realmente llevó a cabo las actividades. El Proyecto actuó como catalizador de este conjunto de tareas proporcionando materiales, formación, el apoyo oficial necesario, la colaboración de los medios de comunicación y el seguimiento.

Las actividades del programa eran sencillas y prácticas con el fin de que llegaran a una comunidad más amplia. En lugar de proporcionar servicios muy sofisticados a una fracción de la población, se ofrecieron servicios simples y básicos al mayor número posible de personas, con lo cual se facilitó la difusión de la información y la formación del personal. La integración de medidas globales no solo permitió ahorrar recursos, sino que evitó la repetición y solapamiento de las actividades, que redundó en una mejor utilización de los recursos comunitarios.

Para identificar y movilizar los recursos de la comunidad, el Proyecto trabajó en estrecha colaboración con los organismos oficiales y las organizaciones de voluntarios. Como programa piloto oficial, las nuevas actividades del servicio de salud iniciadas por el Proyecto pasaron a formar parte de las actividades formales de salud pública de la zona, con lo cual la participación en estas actividades formaba parte del trabajo normal de los profesionales de la salud y no era, simplemente, una tarea adicional o una diversión. En consecuencia, estas actividades del Proyecto se sostuvieron sobre decisiones de las autoridades, además de basarse en la formación y la motivación. Con el fin de incrementar esa motivación y promover la realización de estas tareas, se mantuvo un estrecho contacto con el personal de salud local.

El uso de la amplia red de otras organizaciones y líderes de opinión estimuló la participación ciudadana. En su mayor parte, estas organizaciones valoraron positivamente la posibilidad de contribuir al éxito de un proyecto importante. Se hicieron muchos contactos personales, se discutieron los problemas locales y se revisaron las posibilidades de contribución práctica. El interés y apoyo de la población que generaron estas actividades, avivado por los medios de comunicación, facilitaron el establecimiento de nuevas actividades de intervención.

Puesto que la motivación y el apoyo de la población general constituían el pilar de la intervención, fueron ciudadanos comunes y organizaciones de voluntarios los que hicieron gran parte del "trabajo práctico del proyecto". El personal de enfermería de salud pública, bien formado y motivado, mantuvo las actividades básicas sistemáticas de los centros de salud y la base administrativa necesaria (p.ej., dispensarios de hipertensión, cursos para dejar de fumar, grupos de rehabilitación, registros de enfermedades). En esta estructura los médicos actuaron como expertos.

Las actividades del programa del Proyecto de Carelia del Norte pueden dividirse en los grupos siguientes:

1. actividades relacionadas con los medios de difusión y de educación general;
2. formación del personal local y de otros grupos activos;
3. organización de los servicios de salud (atención primaria de salud y otros);
4. otras actividades de organización comunitaria, y
5. actividades del proyecto destinadas a vigilar el desarrollo del mismo para su gestión y retroalimentación.

Las actividades relacionadas con los medios de comunicación consistieron en colaborar con la prensa y la radio locales, producir distintos tipos de material de educación para la salud y respaldar distintas reuniones y campañas en la comunidad. La formación incluyó a médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, maestros y representantes de las organizaciones de voluntarios. En una fase posterior del proyecto, se identificaron y formaron sistemáticamente los líderes informales de opinión *(35)*. Casi todo este adiestramiento se organizó en cooperación con la administración del condado y con otras organizaciones.

La reorganización de los servicios de salud que se estimó necesaria se llevó a cabo por medio de un conjunto de decisiones formales, capacitación, demostraciones, distribución de pautas y suministro de materiales. Las actividades más importantes fueron la reorganización del servicio de control de la hipertensión en la zona (clínicas de hipertensión y un registro de la enfermedad) y la reprogramación del seguimiento y de las actividades de prevención secundaria destinadas a los pacientes con infarto de miocardio *(36, 45)*.

Otras actividades de organización comunitaria estaban relacionadas con un gran número de instituciones de voluntarios (asociación en defensa del corazón, de amas de casa, deportivas), la industria de alimentos (productos lácteos, fábricas de salchichas, panaderías) y comercios de comestibles. Mediante la elaboración y el uso de diversos sistemas de información (p. ej., encuestas, registros, estadísticas) el proyecto llevó a cabo la monitorización de los avances del programa, información que se utilizó en la gestión continua y retroalimentación del mismo.

La monografía de la OMS sobre el Proyecto de Carelia del Norte proporciona una descripción detallada de las actividades de intervención realizadas entre 1972 y 1977 *(45)*.

Evaluación

Principios

La evaluación puede ser interna y formativa o externa y aditiva. La *evaluación interna* se lleva a cabo durante el programa

y desde su interior con objeto de proporcionar una información rápida a los trabajadores y a la dirección del mismo. Superpuesto en parte, se halla el concepto de *evaluación formativa*, que proporciona datos durante el programa acerca de la experiencia obtenida con sus distintos componentes y, de esta forma, contribuye a su formulación. Esta sección trata de la *evaluación aditiva* del programa a lo largo de un período dado de tiempo, en la que se valoran los efectos globales y otros resultados. Generalmente esta evaluación la lleva a cabo un grupo de expertos que, de algún modo, son *ajenos* al trabajo comunitario cotidiano.

Los propósitos de la evaluación pueden separarse en cuanto al análisis de la viabilidad, los efectos (comportamientos, factores de riesgo, tasas de enfermedad), el proceso, los costos, y otras consecuencias.

Viabilidad. En la evaluación de la viabilidad del programa se valoró el grado en que era posible ejecutar las actividades previstas, es decir, qué era lo que verdaderamente estaba sucediendo en la comunidad. Se refería a la cantidad de recursos disponibles y a la forma en que ellos se utilizaban en el seno de la comunidad, y a la medida en que las actividades llegaban a la población objeto. La evaluación de la viabilidad es particularmente importante en un programa grande y comprensivo como el de Carelia del Norte, en el que la propia comunidad lleva a cabo las actividades en una zona geográfica muy extensa. Antes de poder plantear el tema de los efectos, es preciso definir las intervenciones reales. Los resultados de la evaluación de la viabilidad del proyecto de Carelia del Norte se basaron en encuestas y otros datos (estadísticas del proyecto) obtenidos durante y después de ciertos períodos del programa.

Efecto. La evaluación del efecto del programa se hizo para valorar si se habían logrado los objetivos principales e intermedios, y a cuánto alcanzaban estos logros. Por tanto, se definieron los indicadores de los distintos objetivos, de los cuales se tomó una medición al comienzo del programa y después de un período preestablecido. Con la evaluación del efecto se obtiene la respuesta a dos preguntas:

1. ¿Sirvió el programa para producir cambios en los comportamientos y factores de riesgo diana (y otros posibles indicadores de los objetivos intermedios)? Si fue así,
2. ¿Se encontró alguna asociación entre estos cambios y las variaciones de las tasas de ECV (u otra enfermedad)?

Puesto que la diana del programa era la comunidad en su conjunto, se recogió información representativa de toda la población. Para obtener los datos de prevalencia (comportamientos, factores de riesgo), se estudió una muestra con esas características al comienzo (encuesta inicial de 1972) y después de 10 años (en 1982) de iniciado el proyecto. Se usaron muestras transversales independientes de la población para evitar que las mediciones basales o las pérdidas selectivas sucedidas durante el seguimiento influyeran en los hallazgos del seguimiento posterior.

Las muestras se obtuvieron del registro nacional de población. Se incluyeron personas de ambos sexos y de una amplia gama de edades, a fin de obtener una imagen global del cambio. Las muestras fueron de un tamaño suficientemente grande como para detectar los cambios de las medias de los factores de riesgo, que serían pequeñas para los individuos pero significativas para el conjunto de la población. Las muestras grandes sirven también para hacer algunos análisis interesantes de los subgrupos.

La comparación entre los resultados de la encuesta inicial y la de seguimiento reveló los cambios que se habían producido en la comunidad diana durante el período investigado. Sin embargo, dado que los cambios ocurridos durante este período de varios años podrían muy bien deberse, en parte o en su totalidad, a causas no relacionadas con el programa de intervención, se usó una zona

de referencia. Esta zona debe ser lo más parecida posible a la del programa, sin haber recibido las aportaciones de este. En el Proyecto de Carelia del Norte se eligió el condado de Kuopio, vecino y situado al oeste y con una población de 250.000 habitantes. El diseño puede llamarse "cuasi-experimental", puesto que es una situación en la que el estudio puede controlar la intervención experimental y la elección de la zona de referencia, pero no la asignación de unidades a una u otra área.

Las encuestas inicial y de seguimiento se hicieron al mismo tiempo en los dos condados siguiendo estrictamente la misma metodología y procedimientos de muestreo. Los resultados del estudio sobre los cambios que se produjeron en el área de referencia no son resultado del programa ("cambios nacionales", "tendencias seculares", "cambios espontáneos"). En consecuencia, se consideró que el efecto del programa era igual al cambio observado en la zona del programa (Carelia del Norte) menos el cambio observado en el área de referencia (denominado *cambio neto*).

Un problema en cuanto a la zona de referencia es que es muy probable que un programa piloto nacional de gran magnitud influya también en las áreas circundantes. Además, tras el período inicial de cinco años, el Proyecto de Carelia del Norte tuvo que colaborar con las medidas de intervención nacionales (como los programas emitidos por la televisión nacional). Además, en el condado de Kuopio se estableció una universidad nueva (con una facultad de medicina) el mismo año en que se inició el proyecto. Estos factores, que podrían haber influido en los comportamientos relacionados con la salud y en los factores de riesgo de los habitantes de la zona de referencia no se tomaron en consideración en la evaluación formal del efecto. Por lo tanto, los resultados obtenidos pueden considerarse como estimaciones cautelosas de los efectos.

Se recogieron y analizaron las tasas de mortalidad según categorías de enfermedad para Carelia del Norte y la zona de referencia (y de todos los demás condados del país). Se utilizaron tasas específicas por edad y sexo y se calcularon las tendencias con base en la regresión para eliminar la variación anual aleatoria. Se recogió otra información con el fin de evaluar los cambios del estado de enfermedad, como son los datos de egresos hospitalarios procedentes del registro nacional, y la información del registro nacional del cáncer. Siguiendo los criterios de la OMS, se crearon registros especiales en Carelia del Norte para el IAM y el ACVA, a fin de vigilar las tasas de incidencia respectivas. Dado que se consideró que estos registros podrían ser herramientas de intervención muy potentes y que podrían evaluarse como parte del programa global, no se establecieron registros nuevos permanentes en la zona de referencia. En consecuencia, estos registros sirvieron para evaluar el proceso y para validar los datos de mortalidad y morbilidad procedentes de otras fuentes.

Proceso. La evaluación del proceso se hizo tanto según las tendencias del cambio durante el funcionamiento del programa como según los cambios de las variables intercurrentes. En el primer caso, se estudió el momento en que los cambios tuvieron lugar dentro del intervalo temporal investigado; en el segundo, se analizaron aspectos relacionados con el marco social y del comportamiento adoptado y con la definición de las variables intercurrentes (independientes). La medición de todos estos aspectos permitió ver la forma en que el proceso de cambio de la comunidad produjo, o no produjo, los cambios deseados del comportamiento y de los factores de riesgo.

Costo. La evaluación del costo midió los recursos totales del proyecto y la forma en que se asignaron (particularmente en cuanto a los fines de intervención y evaluación, respectivamente). También se intentó evaluar los costos comunitarios, constituidos tanto por los costos comunitarios totales como por los costos adicionales que el programa su-

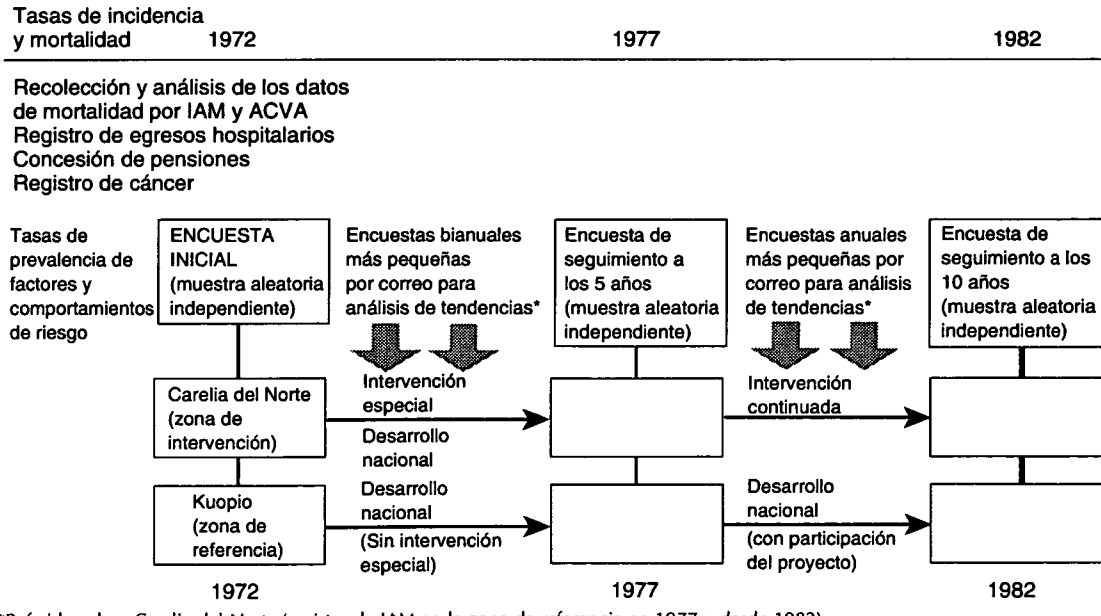
puso para la comunidad. Junto a los costos comunitarios directos, se intentó calcular los indirectos. Estos últimos pueden haber sido negativos, ya que el programa puede haber producido ciertos tipos de ahorro (una atención de salud más eficiente, menor necesidad de recurrir a la hospitalización, menos pensiones por discapacidad). Esta información se recogió de fuentes de datos estadísticos, encuestas del proyecto y otras fuentes *(45)*.

Otras consecuencias. En un programa piloto nacional importante, debe intentarse en la medida de lo posible evaluar también las consecuencias no buscadas. Si en el programa participa profundamente la comunidad y se modifica el estilo de vida, es muy probable que el proceso lleve a cambios adicionales. Por ejemplo, pueden producirse efectos relacionados con la salud pero no con las ECV. Puede haber consecuencias positivas o negativas para la salud subjetiva y la sintomatología de las personas; pueden surgir consecuencias socioeconómicas, sociales y afectivas que también pueden ser positivas o negativas. En el Proyecto de Carelia del Norte se evaluaron algunos de estos aspectos, sobre todo, por medio de datos obtenidos de las encuestas de población.

La figura 8 resume el diseño de la evaluación principal del Proyecto de Carelia del Norte. Los distintos principios y aspectos utilizados se han presentado con mayor detalle en otras publicaciones *(5, 12, 68, 70)*. Estos aspectos se refieren, por ejemplo, al número de comunidades, a su tamaño, a la duración del programa o de la observación, al número y tipo de encuestas, al tamaño de las muestras, a la selección de las comunidades, a los supuestos sobre retraso temporal, a los métodos de análisis, etc.

Materiales y métodos de la evaluación principal

En la primavera de 1972, se llevaron a cabo sendas encuestas iniciales en Carelia del Norte y en la zona de referencia, con objeto de evaluar los cambios de los factores de riesgo. Con base en los datos censales, se extrajo una muestra aleatoria de 6,6% de la población de



*Referido solo a Carelia del Norte (registro de IAM en la zona de referencia en 1977 y desde 1982).

FIGURA 8. Diseño de la evaluación principal del Proyecto de Carelia del Norte

ambos condados. Cada muestra estaba formada por ciudadanos de ambos sexos y de 25–59 años de edad (nacidos entre 1913 y 1947). En 1977, exactamente cinco años después, se llevó a cabo en ambos lugares una segunda encuesta transversal para el seguimiento de los cinco años. Los métodos empleados en esta encuesta fueron idénticos a los de la primera. Se obtuvo una muestra aleatoria independiente de 6,6% de individuos de ambos sexos y de 30 a 64 años de edad (es decir, de la misma cohorte de nacimiento).

En la primavera de 1982, exactamente 10 años después del comienzo del programa, se realizó una tercera encuesta para el seguimiento a los 10 años. Una vez más, se utilizó una muestra aleatoria que, en esta ocasión, estaba formada por el grupo de edad de 25 a 64 años; la muestra se estratificó de forma que para cada sexo y grupo específico de edad de 10 años hubiera aproximadamente 500 individuos. Se seleccionó este procedimiento para seguir el protocolo del proyecto MONICA iniciado por las OMS, ya que esta encuesta constituía también la encuesta basal para la participación finlandesa en ese proyecto internacional *(68)*.

Las encuestas comprendían un cuestionario que se respondía en el domicilio (sobre antecedentes generales, situación socioeconómica, historia médica, comportamientos relacionados con la salud, etc.) y un examen de la talla, el peso y la presión arterial. Se extrajo una muestra de sangre de cada persona para estudio del colesterol sérico, y se midió la presión arterial casual en posición sedente, según la técnica habitual. La quinta fase se registró como presión diastólica *(44, 45)*.

En las encuestas de 1972, 1977 y 1982 se siguieron, en lo posible, los mismos métodos y las encuestas de ambos lugares recibieron idéntico tratamiento, p.ej., las muestras de sangre de una y otra se analizaron según un orden mixto. Las cifras de colesterol de 1972 y 1977 se midieron en muestras congeladas, mientras que las de 1982 fueron determinadas en suero fresco por un laboratorio central, normalizado contra las referencias internacionales de la OMS.

La tasa de participación de la encuesta inicial fue de 94% en Carelia del Norte y 91% en la zona de referencia (en 6% de estos sujetos, solo pudo disponerse de los datos del cuestionario); en 1977, las tasas fueron de 89 y 91%, respectivamente, y las de 1982, de 80 y 82%. Para los resultados que se analizan en este trabajo, solo se utilizaron los datos correspondientes a las edades de entre 30 y 59 años de las tres muestras (cuadro 3).

Para el análisis de los cambios de la mortalidad se emplearon los fallecimientos acaecidos entre los años 1969 y 1979 según categorías de enfermedad obtenidos de la oficina estadística central de Finlandia. Estos datos se estratificaron en tres grupos de edad (35 a 44, 45 a 54 y 55 a 64) y según el sexo. Los diagnósticos de los certificados de defunción individuales se habían revisado previamente según las normas de la OMS. Para clasificar las enfermedades correspondientes a la totalidad de la duración del estudio, se usó la 8ª Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que Finlandia había adoptado en 1969. Los datos de población correspondientes a 1970 se basaron en el censo y los de los años restantes, en el registro de nacimientos, defunciones y migraciones.

En la computación de la mortalidad anual se utilizaron como denominadores las poblaciones a mitad de año. Las tasas de defunción se estandarizaron según la edad por el método directo, para lo cual se usaron las distribuciones de población de hombres y mujeres de 1969 en todo el país como patrón de referencia. Se hicieron pruebas de significación de las pendientes de regresión. Para el análisis de la mortalidad de origen coronario se usaron los códigos 410 a 414 de la CIE.

Se obtuvo la diferencia del cambio de la pendiente de la mortalidad estandarizada por edad entre Carelia del Norte y los 10 condados restantes de Finlandia y se investigó su significación mediante un análisis de regresión de múltiples series temporales. Se

CUADRO 3. Número de hombres y mujeres estudiados en las tres encuestas transversales realizadas en Carelia del Norte y la zona de referencia

Edad y sexo (años)	Carelia del Norte			Zona de referencia		
	1972	1977	1982	1972	1977	1982
Hombres						
30 a 39	588	640	420	891	954	490
40 a 49	699	607	371	1024	885	364
50 a 59	547	538	459	750	777	343
Total	1.834	1.785	1.250	2.665	2.616	1.197
Mujeres						
30 a 39	598	595	222	879	928	340
40 a 49	716	616	423	1003	903	293
50 a 59	659	634	440	887	925	358
Total	1.973	1.845	1.285	2.769	2.756	991

compararon las pendientes de los intervalos de 1969 a 1973 y de 1974 a 1979. Puesto que el programa se había iniciado en 1972, se utilizaron los datos de los años 1969 a 1973 para reflejar la situación previa y los de los años 1974–1979 para investigar los posibles efectos *(54)*.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS MÁS IMPORTANTES

Efectos principales del programa

Comportamiento relacionado con la salud y factores de riesgo

En 1972, 52% de los hombres de 25 a 59 años de edad de Carelia del Norte eran fumadores. Esta tasa disminuyó a 44% en 1977 y a 38% en 1982. Los cambios de las tasas de consumo de tabaco de las mujeres fueron pequeños, con cierto incremento durante el período de 1978 a 1982.

El cuadro 4 muestra la cantidad notificada como fumada diariamente (número diario de cigarrillos, cigarros y pipas por sujeto) en Carelia del Norte y en la zona de referencia, según los datos de las encuestas de 1972, 1977 y 1982. En los hombres de Carelia del Norte se produjo un claro descenso; en las mujeres, hubo un cierto aumento. Durante el período de 1972 a 1977, se apreció una disminución neta del consumo de tabaco en los hombres (14% $p < 0,01$) y en las mujeres (11%, n.s.) del área de intervención. Entre 1977 y 1982, se produjo una reducción adicional en los hombres que también fue más intensa en Carelia del Norte que en la zona de referencia. En consecuencia, la reducción neta correspondiente al período de 10 años fue de 27% ($p < 0,001$) en Carelia del Norte. En las mujeres del condado, la reducción neta en el mismo período fue de 14%.

A fin de validar estos datos autonotificados, se hicieron determinaciones de tiocianato en todas las muestras de sangre tomadas en la encuesta de 1982. La correlación parcial ajustada para la edad entre la cantidad diaria notificada y el tiocianato sérico de los hombres fue de 0,72 en Carelia del Norte y de 0,67 en la zona de referencia. En las mujeres, las cifras fueron de 0,69 y 0,70, respectivamente. En 1982, el tiocianato sérico medio de los hombres fue de 71 mmol/l en Carelia del Norte y de 79 mmol/l en la zona de referencia ($p < 0,001$) y el de las mujeres, de 54 mmol/l y 57 mmol/l, respectivamente ($p < 0,01$).

Los cambios dietéticos se evaluaron en las encuestas mediante las preguntas uniformes sobre hábitos alimentarios. Los resultados demostraron que se habían producido cambios favorables importantes autonotificados de varios hábitos dietéticos relacionados con los objetivos del programa, particularmente en lo que concierne a la ingesta de grasa. También se apreciaron ciertos cambios favo-

CUADRO 4. Número medio notificado de unidades de tabaco fumadas diariamente en Carelia del Norte y en la zona de referencia, según las encuestas independientes inicial (1972), y de seguimiento a los 5 años (1977) y a los 10 años (1982)

Año	Hombres		Mujeres	
	Carelia del Norte	Zona de referencia	Carelia del Norte	Zona de referencia
1972	10,0	8,5	1,1	1,2
1977	8,5	8,5	1,1	1,3
1982	6,6	7,8	1,7	1,9
% de cambio neto en Carelia del Norte				
1972–1977	15[a]		12	
1972–1982	28[b]		14	

[a] $p < 0,01$.
[b] $p < 0,001$.

rables en la zona de referencia como reflejo de los cambios ocurridos nacionalmente, si bien dichos cambios fueron menores a los identificados en Carelia del Norte.

Durante el período de 1972 a 1979, el programa tuvo un efecto global sumamente significativo en las concentraciones medias de colesterol sérico ($p < 0,01$). En el análisis según el sexo, dicho efecto fue significativo en los hombres (4%; $p < 0,001$) pero no en todos los grupos de edad de las mujeres (1%). Durante los años de 1977 a 1982, las concentraciones de colesterol sérico mostraron un descenso casi paralelo en Carelia del Norte y en la zona de referencia, de modo que, para el período completo de los 10 años entre 1972 y 1982, la reducción neta fue de 3% para los hombres ($p < 0,001$) y de 1% (n.s.) para las mujeres (cuadro 5).

Las cifras medias de presión arterial sistólica y diastólica disminuyeron más en Carelia del Norte que en la zona de referencia durante el período de 1972 a 1977. Ambas regiones no mostraron descensos adicionales de la presión sistólica en los años de 1977 a 1982. En consecuencia, la reducción neta de la presión sistólica en hombres y mujeres permaneció prácticamente igual entre 1972 y 1982 y entre 1972 y 1977 (ambos sexos $p < 0,01$). En cuanto a la presión diastólica, las medias de 1982 fueron inferiores a las de 1977. La reducción neta producida en Carelia del Norte fue menor durante el período entre 1977 y 1982, pero siguió siendo significativa en ambos

CUADRO 5. Concentraciones medias de colesterol sérico en Carelia del Norte y en la zona de referencia, según las encuestas independientes inicial (1972), y de seguimiento a los 5 años (1977) y a los 10 años (1982)

Año	Hombres		Mujeres	
	Carelia del Norte	Zona de referencia	Carelia del Norte	Zona de referencia
1972	7,1	6,9	7,0	6,8
1977	6,7	6,8	6,6	6,5
1982	6,3	6,3	6,2	6,0
% de cambio neto en Carelia del Norte				
1972–1977	4[a]		1	
1972–1982	3[a]		1	

[a] $p < 0,001$.

CUADRO 6. Niveles medios de presión arterial sistólica y diastólica en Carelia del Norte y en la zona de referencia, según las encuestas independientes inicial (1972), y de seguimiento a los 5 años (1977) y a los 10 años (1982)

	Hombres				Mujeres			
	Carelia del Norte		Zona de referencia		Carelia del Norte		Zona de referencia	
Año	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD
1972	149	92	146	93	153	93	148	92
1977	143	89	146	93	142	87	144	89
1982	145	87	147	89	142	85	144	85
% de cambio neto en Carelia del Norte								
1972–1977	3[a]	3[a]			5[a]	4[a]		
1972–1982	3[a]	1[b]			5[a]	2[b]		

[a] $p < 0{,}001$.
[b] $p < 0{,}05$.

sexos ($p < 0{,}05$) para el período total de 1972 a 1982 (cuadro 6).

El cuadro 7 resume la reducción neta de las medias de los factores de riesgo en Carelia del Norte. En conjunto, durante el segundo período de cinco años (1977 a 1982), el efecto favorable del programa observado durante 1972 a 1977 fue mayor en lo que se refiere al tabaco y se mantuvo para las concentraciones de colesterol sérico y la presión arterial sistólica.

Mortalidad coronaria

Se disponía de datos comparables correspondientes al período 1969–1979 para evaluar la mortalidad por CI, la cual durante ese período, disminuyó 24% en los hombres de edad media (35 a 64 años) en Carelia del Norte. Gran parte de este descenso tuvo lugar tras la iniciación del programa. Así, para el período de 1974 a 1979, la reducción de la mortalidad masculina estandarizada por edad fue de 22%. En comparación, en ese mismo período, la reducción correspondiente de la zona de referencia fue de 12% y en toda Finlandia menos Carelia del Norte, de 11% ($p < 0, 05$).

La mortalidad por CI también disminuyó en las mujeres de Carelia del Norte, con un descenso significativo en comparación con el resto del país. Puesto que la cifra absoluta de muertes por CI era mucho menor en las

CUADRO 7. Reducciones netas relativas (± DE) de las medias de los factores de riesgo de los hombres y mujeres de Carelia del Norte con edades comprendidas entre 30 y 59 años observadas en 1972–1977 y 1972–1982

	Hombres		Mujeres	
	1972–1977	1972–1982	1972–1977	1972–1982
Tabaco diario	15(10)[a]	28(11)[b]	12(27)	14(38)
Colesterol sérico	4(1)[b]	3(2)[b]	1(2)	1(2)
Presión sistólica	3(1)[b]	3(1)[b]	5(1)	5(1)[b]
Presión diastólica	3(1)[b]	1(1)[c]	4(1)[b]	2(1)[c]

[a] $p < 0{,}01$.
[b] $p < 0{,}001$.
[c] $p < 0{,}05$.
Nota: Los valores se indican como porcentajes de los valores iniciales de Carelia del Norte.

mujeres que en los hombres, la reducción del número real de muertes fue mucho mayor en estos que en aquellas. En cuanto a la mortalidad total y cardiovascular, las diferencias entre Carelia del Norte y el resto de Finlandia fueron similares a las de la mortalidad por CI, aunque menores (cuadro 8). Un análisis de regresión de series temporales indicó que la aceleración de la disminución por CI ($p < 0,05$), ECV ($p < 0,001$) y todas las causas ($p < 0,001$) entre los períodos de 1969 a 1973 y 1974 a 1978 había sido mayor en Carelia del Norte que en los restantes condados de Finlandia (54).

Aspectos del proceso

Tendencias temporales de cambio en Carelia del Norte

En lo que se refiere al tabaco, el consumo sufrió un descenso brusco durante el primer año. A partir de entonces, las reducciones adicionales solo tuvieron lugar después de 1978, posiblemente en relación con varias campañas antitabaco producidas por el proyecto y emitidas por la televisión. En las mujeres, los cambios del hábito de fumar fueron pequeños durante todo el período.

Los cambios dietéticos se produjeron gradualmente a lo largo de la duración del proyecto. Estas tendencias reflejaron los grandes cambios de la política de precios del gobierno. Las concentraciones séricas de colesterol de los habitantes de Carelia del Norte descendieron de forma lineal de 1972 a 1977 y de 1977 a 1982.

Hubo un aumento de la frecuencia de las determinaciones de la presión arterial durante los dos primeros años de la intervención. Después de 1974, alrededor de 80% de la población se había tomado la presión arterial al menos cada dos años. En los hombres, la proporción de personas sometidas a tratamiento antihipertensivo subió de 3% en 1972 a 10% en 1975 y en las mujeres, de 9% a 14% para los mismos años, respectivamente. Estos nuevos niveles permanecieron estables durante el resto del período. Después de 1977 hubo escasos cambios de las cifras de presión arterial.

En cuanto a otros factores de riesgo "posibles" que no eran metas de la intervención, como el ejercicio físico, el peso corporal relativo o el estrés social percibido, los cambios observados fueron pequeños a lo largo de todo el proyecto.

El registro de IAM que cubría toda la zona de Carelia del Norte mostró una meseta de las tasas de incidencia de los hombres entre 1972 y 1975. Posteriormente se produjo un descenso progresivo. La mortalidad por CI

CUADRO 8. Disminución media anual basada en la regresión de la mortalidad por CI estandarizada en 1974–1979 y 1969–1979 en Carelia del Norte, en la zona de referencia y Finlandia menos Carelia del Norte (± intervalos de confianza del 95%) y estimación de la mortalidad de 1969

Zona	Tasa de mortalidad por CI en 1969 (por 100.000)		% descenso anual			
			Hombres		Mujeres	
	Hombres	Mujeres	1974–1979	1969–1979	1974–1979	1969–1979
Carelia del Norte	663	140	3,7 ± 1,5	2,2 ± 1,1	2,2 ± 3,4	4,3 ± 1,4
Zona de referencia	606	125	1,9 ± 2,3	1,9 ± 1,3	1,8 ± 1,4	3,1 ± 1,0
Finlandia menos Carelia del Norte	501	103	1,7 ± 2,2[a]	1,1 ± 0,9[a]	1,2 ± 2,4	2,2 ± 1,0[a]

[a]Diferencia con respecto a Carelia del Norte en relación con la variación aleatoria $p < 0,05$.

presentó una clara reducción después de 1974. En las mujeres se observaron patrones similares pero, dado que las cifras absolutas eran mucho menores, los cambios también fueron menos significativos. El registro de ACVA de la zona reveló una caída brusca de la incidencia en los hombres alrededor de 1974; en las mujeres se produjo una disminución más lenta.

Cambios en los subgrupos

En general y en consonancia con los objetivos del proyecto, los cambios de los factores de riesgo fueron mayores en los hombres que en las mujeres. El desglose por edad reveló que los cambios observados en Carelia del Norte habían sido, en términos generales, algo mayores en los grupos de mayor edad que en los jóvenes. Puesto que los cambios observados en las personas más jóvenes de la zona de referencia fueron menores que en Carelia del Norte en lo que se refiere a los hombres y aproximadamente iguales en las mujeres, los cambios netos relativos de Carelia del Norte fueron más marcados en los hombres jóvenes y mayores, mientras que en las mujeres solo fueron superiores en los grupos de edad media o mayor.

También se analizaron los cambios de los comportamientos relacionados con la salud y los factores de riesgo según los subgrupos socioeconómicos. El hallazgo general fue que los cambios no se habían concentrado en ningún subgrupo determinado, sino que se habían extendido prácticamente a toda la comunidad. El consumo de tabaco disminuyó algo más en los hombres con menos educación que en los más educados; la reducción neta mostró una diferencia similar. Las diferencias de los cambios del hábito de fumar entre las poblaciones urbana y rural fueron pequeñas. También los cambios dietéticos, del colesterol sérico y de la presión arterial fueron bastante uniformes en los distintos grupos socioeconómicos.

Los cambios de los comportamientos relacionados con la salud se analizaron asimismo en relación con la estimación del nivel inicial de CI. El cambio del comportamiento no mostró relación constante alguna con el nivel de riesgo previo al programa. Se llegó igualmente a la conclusión de que el cambio del comportamiento relacionado con la salud de la población se basaba en los cambios del estilo de vida habitual de la zona.

Una encuesta entre los líderes de opinión formales (médicos, personal de enfermería de salud pública, concejales de los ayuntamientos) realizada en 1972 y 1977 demostró que los médicos y el personal de enfermería de salud pública de Carelia del Norte habían disminuido notablemente su consumo, con escasa variación en la zona de referencia. En ninguno de los dos condados se produjeron cambios notables entre los dirigentes locales.

Cambios de las variables intercurrentes

Las encuestas realizadas en 1972 y 1977 indicaron que los conocimientos relacionados con los factores de riesgo habían experimentado cierto aumento durante ese período, si bien solo un poco más en Carelia del Norte que en la zona de referencia. Distintas mediciones de las actitudes hacia la salud revelaron ausencia de variaciones importantes durante el período estudiado y escasas diferencias entre ambas zonas.

A lo largo del programa, el proyecto distribuyó distintos materiales de educación para la salud a través de los centros de salud y otros canales. Se hizo una encuesta de la prensa local, y pudo verse que, entre 1972 y 1977, se habían publicado de tres a cuatro veces más artículos sobre la prevención y control de las ECV en Carelia del Norte que en la zona de referencia. La formación de los grupos locales de personal por el proyecto fue frecuente. La encuesta de los profesionales de la salud demostró que los de Carelia del Norte eran mucho más activos en la administración de educa-

ción para la salud que sus colegas de la zona de referencia. Las encuestas de población revelaron pocas diferencias entre ambas zonas en lo que se refiere a la frecuencia de discusiones sobre comportamientos relacionados con la salud en el centro de trabajo o en el hogar. Quizás el número de personas que habían participado en reuniones organizadas de educación para la salud fue algo mayor en Carelia del Norte. Los fumadores habían recibido asesoramiento para dejar de fumar de sus médicos con la misma frecuencia, pero el asesoramiento del personal de enfermería había sido dos veces más frecuente en Carelia del Norte.

Las encuestas de población mostraron que los intentos para dejar de fumar habían sido claramente más frecuentes en Carelia del Norte que en la zona de referencia entre 1972 y 1977. La evaluación de los programas de televisión emitidos después de 1977 indicó que las tasas mayores de intento se asociaban también a mayores tasas de éxito. Más tarde, las diferencias de las tasas de intento fueron menores, pero las de mantenimiento de Carelia del Norte fueron mucho más evidentes.

El personal médico y de enfermería de salud pública había sido, en general, mucho más activo en Carelia del Norte que en la zona de referencia en cuanto a establecer contactos con las distintas organizaciones comunitarias para realizar actividades de promoción de la salud. Los dirigentes locales habían recibido asesoramiento del personal sanitario para dejar de fumar y cambiar los hábitos dietéticos con una frecuencia doble. A partir de 1975, se habían identificado y formado sistemáticamente los líderes informales de opinión de Carelia del Norte, habiéndose capacitado a unas 800 personas. Una encuesta efectuada en 1983 indicó que aproximadamente la mitad de ellas habían permanecido activas. Esta evaluación demostró que el trabajo de los líderes no especializados había sido un componente claramente útil de la intervención.

El aumento de las determinaciones de la presión arterial y del tratamiento antihipertensivo ya se ha comentado. El proyecto reorganizó el sistema de atención a la hipertensión de Carelia del Norte, de modo que los pacientes fueran registrados y seguidos de forma sistemática en dispensarios especiales. El número de hipertensos registrados y seguidos por el nuevo sistema había llegado casi a 17.000 a fines de 1976. A partir de ese año, el número de casos prevalentes permaneció bastante estable. También se produjo cierto aumento del número de determinaciones de la presión arterial, del tratamiento antihipertensivo y de los contactos del personal sanitario en la zona de referencia. El seguimiento más sistematizado y mejor cumplimiento contribuyeron, evidentemente, a los resultados del control de la hipertensión en Carelia del Norte.

En Carelia del Norte, se hizo un reclutamiento específico de los pacientes con infarto agudo de miocardio para formar grupos especiales de prevención secundaria después del episodio. Desde 1975, más de la mitad de los supervivientes a un IAM participaron en estos programas. La rehabilitación y las actividades de prevención secundaria fueron mucho menos frecuentes en la zona de referencia. Los pacientes con IAM de Carelia del Norte presentaron cambios más favorables de los factores de riesgo después del ataque que los pacientes de la zona de referencia.

Cambios de los patrones de enfermedad cardiovascular

Pese al descenso de la incidencia y mortalidad de causa coronaria, no se observaron cambios de las tasas de letalidad de 28 días, según el registro de IAM de 1972 a 1977. Durante ese mismo período, se encontró una tendencia a la disminución de la mortalidad un año después del infarto en los pacientes con IAM recidivante de Carelia del Norte. En el mismo intervalo no se produjeron varia-

ciones significativas de las tasas de letalidad a tres semanas y a un año de los casos de ACVA. La reducción relativa de las tasas de incidencia de IAM de Carelia del Norte fue mayor en los grupos de edad más jóvenes de ambos sexos.

El descenso de las tasas de incidencia de episodios isquémicos de los hombres fue algo superior para los infartos recurrentes que para los primeros infartos. Cuando los ataques se clasificaron, siguiendo los criterios de la OMS, en "definitivos" y "posibles", se comprobó que la disminución se debía solo al número de los "definitivos". El hallazgo de que los casos de IAM "posibles" no habían disminuido pudo deberse a que los pacientes con síntomas menos graves acudían antes a los hospitales, dados su mayor conocimiento y la existencia de mejores servicios en la comunidad.

En las encuestas de 1972, 1977 y 1982, se preguntó a la gente, a través de los cuestionarios autoadministrados, si habían sufrido cuadros de angina de pecho diagnosticados o tratados por un médico durante el año anterior a la encuesta. La prevalencia de angina de pecho en los hombres de 50 a 59 años de edad cambió durante el período de 1972 a 1982 de 10,4 a 5,6% en Carelia del Norte y de 6,1 a 6,2% en la zona de referencia.

Otras consecuencias y aspectos relacionados con el costo

Discapacidad y morbilidad de otro tipo

Desde 1972, tanto las encuestas como los datos estadísticos del Instituto Nacional de Seguridad Social reflejaron una tendencia más favorable de las pensiones por discapacidad en Carelia del Norte, en comparación con la zona de referencia. Según las encuestas, las proporciones de todas las pensiones por discapacidad aumentaron 16% en Carelia del Norte y 25% en la zona de referencia entre 1972 y 1977. Esta tendencia más favorable fue atribuible en gran parte a la CI, pero también lo fue, en parte, a las enfermedades respiratorias. Las tasas de prevalencia ajustadas por edad de la discapacidad relacionada con ECV desde 1968 se calcularon a partir de las estadísticas nacionales de discapacidad. Entre 1971 y 1977, la reducción fue de 27% en los hombres y de 12% en las mujeres de Carelia del Norte.

Según las encuestas de 1972 y 1977, la proporción de personas de Carelia del Norte que habían sufrido alguna enfermedad crónica durante el año anterior aumentó de 51 a 53%, mientras que en la zona de referencia pasó de 46 a 51%. Por otra parte, las enfermedades respiratorias fueron de 8,8 a 9,4% en Carelia del Norte y de 7,7 a 10,1% en la zona de referencia. El análisis de los subgrupos reveló la existencia de una asociación entre los cambios netos del consumo de tabaco y los síntomas de tos. Los hallazgos preliminares del registro nacional de cáncer indican una tendencia más favorable del cáncer de pulmón en Carelia del Norte que en otras áreas.

El número medio autonotificado de días de enfermedad durante el año anterior en los hombres pasó de 32 en 1972 a 25 en 1977 en Carelia del Norte y de 27 a 24, respectivamente en la zona de referencia. En las mujeres, los cambios correspondientes fueron de 17 a 14 días y de 14 a 15 días para los mismos períodos.

Aspectos relacionados con el costo

El presupuesto del proyecto se usó como aporte adicional destinado a intensificar la prevención y la atención cardiovasculares en Carelia del Norte. Durante el período de 1972 a 1977 (evaluado hasta 1979), el presupuesto directo del proyecto fue de US$ 1,75 millones. De este presupuesto, $0,73 millones se destinaron a los gastos de intervención y $1,02 millones, a los de la evaluación. Fue posible mantener un presupuesto tan modesto porque muchos gastos reales se cubrieron con

fondos de la Universidad o de otras instituciones.

La intervención se orientó a mejorar la actividad preventiva cardiovascular de la zona a través de los recursos comunitarios existentes. La atención sanitaria y otros recursos de Carelia del Norte experimentaron un aumento natural durante el período de ejecución del proyecto. Este incremento fue, por lo menos, de igual magnitud que en la zona de referencia. Además, en esta última se estableció en 1972 una facultad de medicina nueva con un hospital universitario, que se ha ido desarrollando progresivamente a partir de entonces.

En Carelia del Norte, el sistema de atención primaria proporcionó la mayor parte de los servicios relacionados con el proyecto. Los costos estimados indicaron que no había diferencias importantes de los recursos destinados a las ECV en la atención primaria en las zonas del proyecto y la de referencia. La diferencia estimada correspondió a un costo neto de $2 millones que utilizara el programa entre 1972 y 1977. En cuanto a la atención a la hipertensión, gran parte del incremento del costo se debió al aumento de la medicación antihipertensiva. La estructura más sistematizada de los servicios con participación de la enfermería trajo consigo un ahorro presupuestario.

Del total de los costos en atención primaria, alrededor de 25% pudieron atribuirse a gastos relacionados con las ECV; estos estuvieron en torno a 20% en los servicios sanitarios totales. Los costos directos del proyecto fueron solo 1% del total de los gastos operativos totales de los servicios sanitarios generales y 4% de los costos relacionados con las ECV similares de Carelia del Norte durante el período de 1972 a 1979.

En ese mismo período, el menor número de casos de IAM y de ACVA produjo un ahorro de $2 millones. A partir de 1972, se produjo una reducción relativa importante de las pensiones por discapacidad debida a ECV que fue específica de Carelia del Norte. Los ahorros producidos en estas pensiones fueron de $4 millones entre 1972 y 1977.

Salud subjetiva y experiencias personales

Los cuestionarios de las encuestas incluían preguntas precodificadas que se emplearon para evaluar las consecuencias psicosociales del programa. En 1972, los habitantes de Carelia del Norte autonotificaron un estado de salud peor que el notificado por las personas de la zona de referencia. Después de 10 años, en 1982, tendieron a clasificar su estado de salud como "muy bueno" o "bueno" con mayor frecuencia que en 1972. Esta mejoría del estado de salud subjetivo fue significativamente mayor en Carelia del Norte que en la zona de referencia ($p < 0,005$). Se encontró algo similar en cuanto al riesgo percibido de enfermedad cardíaca; el descenso presentado por Carelia del Norte fue, también en este caso, superior al de la zona de referencia ($p < 0,01$).

Además de estas dos variables, las preguntas de la encuesta se referían a mediciones del estrés psicosocial, interacción social, síntomas psicosomáticos, síntomas somáticos, estado físico subjetivo, días de enfermedad, etc. De las 20 variables (con un total de 56 preguntas) que trataban de síntomas o problemas emocionales o psicosociales, 11 mostraron un descenso neto, 3 un aumento neto y 6 no presentaron cambios netos en los hombres, entre 1972 y 1977; en las mujeres, las cifras fueron 12, 6 y 2, respectivamente.

En un alto número de estos problemas se produjo una disminución en ambas zonas, si bien fue mayor en Carelia del Norte, ya que hubo un descenso neto de 6% en los hombres ($p < 0,05$) y de 10% en las mujeres ($p < 0,001$). Cuando el análisis se limitó a las personas con altos niveles de riesgo de las dos encuestas, se identificó también un descenso neto del índice de síntomas psicosomáticos.

Estos hallazgos excluyen la posibilidad de que el programa de prevención haya producido consecuencias emocionales generales no deseadas. Por el contrario, tienden a sugerir

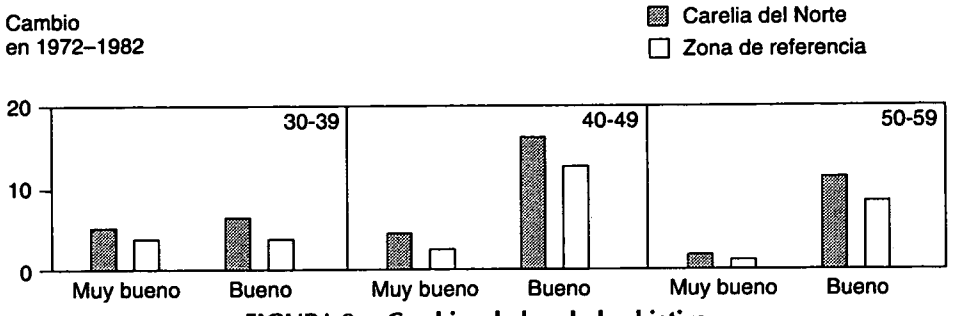


FIGURA 9. Cambios de la salud subjetiva

Nota: Diferencias de las respuestas a la pregunta: "¿Cómo califica usted su estado actual de salud?" en las encuestas realizadas en Carelia del Norte y en la zona de referencia entre 1972 y 1982. Los cambios a "muy bueno" y "bueno" fueron significativamente mayores en Carelia del Norte, $p < 0{,}005$.

un efecto general positivo de la intervención en lo que a salud subjetiva y calidad de vida se refiere.

En la encuesta efectuada en 1977 a médicos, personal de enfermería de salud pública y dirigentes locales se preguntaba cómo se sentían estas personas acerca de las distintas actividades de prevención y control de las ECV de su comunidad. Con respecto a todas las actividades y en todos los grupos, el grado de satisfacción expresado fue claramente mayor en Carelia del Norte que en la zona de referencia. En cuanto a otros tipos de actividades, las diferencias fueron escasas (cuadro 9). Los resultados dados y las experiencias personales del equipo del proyecto indican nítidamente una amplia satisfacción generalizada de la población de Carelia del Norte con el programa preventivo iniciado y coordinado por el proyecto. Las personas participaron bien en las actividades, la cooperación con las diferentes organizaciones comunitarias y líderes de opinión fue buena y las actividades se asociaron obviamente con consecuencias generales positivas, incluso las subjetivas.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y EXPERIENCIAS DEL PROYECTO

Generales

El Proyecto de Carelia del Norte se estableció como respuesta a la sobrecarga de enfermedades cardíacas de esa parte del país. Puesto que el problema no era muy distinto

CUADRO 9. Opiniones del personal de salud y de los dirigentes locales sobre la suficiencia de las actividades locales de control de las ECV en Carelia del Norte (CN) y el condado de referencia (Ref.)

	Considera que la actividad hecha en el centro de salud local ha sido suficiente, %					
	Médicos		Enfermeras de salud pública		Dirigentes locales	
Actividades de control	CN	Ref.	CN	Ref.	CN	Ref.
Control ECV en general	52	18	49	7	20	7
Antitabaco	45	30	34	19	28	18
Educación en nutrición	35	13	31	18	24	10
Control de la hipertensión	79	42	90	47	45	31
Rehabilitación de pacientes con cardiopatías	52	13	44	9	21	8
Exploraciones de salud	59	35	49	23	28	22

en otras regiones de Finlandia ni en muchos otros países, también se diseñó como programa "piloto" o "de demostración" para su aplicación a otras zonas. Al mismo tiempo, puesto que en la prevención y el control de las ECV intervenían muchos aspectos científicos no resueltos, se añadió al programa una investigación de evaluación cuidadosa. Tanto los antecedentes del proyecto como la naturaleza del problema indujeron a adoptar el enfoque comunitario como estrategia principal.

Las decisiones de salud pública sobre reducción de factores de riesgo y prevención de la CI deben basarse en una información amplia sobre las consecuencias globales previsibles de la intervención, ya sean favorables o dañinas. Así pues, además de evaluar los cambios de los factores de riesgo y de la propia enfermedad, el proyecto de Carelia del Norte ha proporcionado información sobre la viabilidad del programa de prevención; asimismo, ha demostrado otros hallazgos positivos, tales como la disminución de los gastos por discapacidad, de los problemas de salud generales y emocionales notificados y la satisfacción popular con el programa.

Cabe destacar que, aunque las características principales del programa y el diseño de la evaluación se decidieron durante la fase de planificación inicial, muchas de las teorías relacionadas con la intervención comunitaria se comprendieron y elaboraron solo durante la fase de trabajo real. Por lo tanto, al principio, el marco teórico solo se había establecido en parte. Aquí, hemos pretendido situar la ejecución del proyecto en una perspectiva teórica tanto para contribuir al diseño de actividades similares como con fines de evaluación.

Hemos descrito de forma limitada las actividades de intervención del Proyecto de Carelia del Norte. Su descripción completa puede encontrarse en la monografía publicada sobre los resultados a los cinco años *(45)*. La mayor parte de los resultados analizados y comentados aquí han sido ya publicados en distintos artículos, algunos de los cuales han sido citados. Dado que los resultados de los primeros cinco años (1972 a 1977) han sido evaluados, con una profundidad mucho mayor, hasta ahora, muchos de los resultados de la evaluación del proceso aquí mencionados se refieren a ese período.

Sin embargo, los principales resultados epidemiológicos de la evaluación de tipo de efecto "duro", incluyen los hallazgos más recientes de la encuesta de seguimiento a los 10 años (1982) y el seguimiento posterior de la mortalidad.

Efectos del programa

Cambios de los comportamientos relacionados con la salud y de los factores de riesgo

Las grandes preguntas de la evaluación se refieren, como es lógico, a si es posible influir en los niveles de factores de riesgo de la población y, si es así, si estos cambios producen modificanciones equivalentes de las tasas de CI. Para medir este efecto se utilizó un diseño cuasi-experimental. Los cambios observados en la población de Carelia del Norte se compararon con los de una zona de referencia equiparada con el fin de obtener el cambio neto producido durante el período de estudio. Esta estimación del efecto es conservadora, puesto que es muy probable que el proyecto también influyera en la zona de referencia. Se emplearon encuestas en muestras aleatorias repetidas independientes con cuestionarios normalizados similares para evaluar los cambios de los factores de riesgo en la población total. Las tasas de participación fueron altas.

En conjunto, las reducciones de los niveles de factores de riesgo observados en Carelia del Norte durante los 10 años del programa fueron importantes en los hombres: 36% del consumo de tabaco, 11% de la concentración media de colesterol sérico y 5% de la presión arterial diastólica media. Los cambios de los factores de riesgo biológicos (colesterol sérico y presión arterial) fueron mucho menores que los del hábito de fumar, como era de esperar. Los cambios de esta magnitud en los factores

de riesgo pueden ser pequeños si se refieren al individuo, pero representan cambios medios de la población total y, por tanto, deben ser importantes para las tasas de enfermedad de esa población. Los cambios de los factores de riesgo biológicos observados en las mujeres fueron similares a los de los hombres, salvo en lo que se refiere al consumo de tabaco, dada las pequeñas tasas iniciales del hábito de fumar en la población femenina.

También se produjo cierto descenso de los niveles de factores de riesgo en la zona de referencia, como pudo observarse ya durante el primer período de cinco años. En el segundo período, la diferencia neta favorable a Carelia del Norte aumentó aún más en lo que se refiere al tabaco, permaneció prácticamente igual para la concentración de colesterol sérico y la presión arterial sistólica y disminuyó para la presión arterial diastólica. En consecuencia, los resultados de 1982 contribuyen a poner de manifiesto los efectos del programa de intervención en Carelia del Norte.

Influir en los comportamientos relacionados con la salud y en los factores de riesgo no es una tarea fácil. Incluso en los casos en que los peligros para la salud eran bien conocidos, muchas intervenciones han encontrado tan solo un éxito limitado. Creemos que los resultados y experiencias presentados aquí son un signo de esperanza, pues indican que, al menos cuando las condiciones son favorables, una actividad general, comprometida y bien planificada puede, de hecho, producir mejorías importantes de los patrones de los factores de riesgo.

En los resultados del Estudio de Tres Comunidades de Stanford notificados a los 2 y 3 años *(15, 19, 68)* se describen cambios de los factores de riesgo similares a los observados a los 10 años en Carelia del Norte. En una sección posterior se hacen algunos comentarios adicionales sobre este estudio. Dadas las analogías de la teoría subyacente y de su aplicación a comunidades totales como estudio multifactorial de reducción del riesgo de ECV, el Proyecto de Carelia del Norte, finlandés, y el Estudio de Tres Comunidades de Stanford, estadounidense, pueden considerarse reproducciones que demuestran la viabilidad e indican un comienzo o posibilidad parcial de generalización de este tipo de estudios comunitarios.

Los efectos del Proyecto de Carelia del Norte te sobre los factores de riesgo pueden compararse con los de otros estudios recientes e importantes de intervención sobre factores de riesgo. En comparación con los resultados a los seis años del estudio multicéntrico MRFIT de los Estados Unidos, los resultados obtenidos en la población total de Carelia del Norte son algo mayores en lo que se refiere al tabaco y al colesterol sérico, pero algo menores en cuanto a la presión diastólica *(34)*. En consecuencia, el impacto global de la intervención basada en la comunidad parece haber sido mayor en Carelia del Norte, si bien el estudio estadounidense se refería tan solo a unos 6.500 hombres de alto riesgo que recibieron intervenciones individuales de intensidad y costo considerables.

Los resultados globales de Carelia del Norte también parecen ser considerablemente superiores a los del proyecto británico de prevención de las enfermedades del corazón, aun cuando solo se consideren sujetos de alto riesgo de ese estudio fabril multicéntrico *(51)*. Los resultados del proyecto belga posterior fueron algo mejores que los del Reino Unido, pero también inferiores a los de Carelia del Norte, sobre todo en el seguimiento a los seis años *(26)*. En un ensayo clínico de menor escala, el estudio de Oslo *(21)*, el efecto de la intervención sobre el tabaco y el colesterol sérico fue mayor que en Carelia del Norte. En ese estudio, sin embargo, la intervención se dirigió a tan solo unos 600 hombres con cifras muy altas de colesterol y la llevaron a cabo unos pocos profesionales muy dedicados en un único centro. Como es natural, otras intervenciones especiales en grupos limitados de la población han producido cambios de los factores de riesgo mucho mayores que los de Carelia del Norte. Por ejemplo, en un estudio de intervención dieté-

tica especial en 30 familias, el asesoramiento nutricional intensivo produjo una disminución de 24% de la cifra media de colesterol sérico de los adultos de edad media de esas familias *(11)*. No obstante, estas medidas tan costosas no pueden utilizarse, evidentemente, cuando se trata de modificar los factores de riesgo de toda una población.

Lógicamente, la cuestión esencial es la forma en que es posible conseguir y mantener cambios favorables de los factores de riesgo y estilos de vida relacionados con las ECV de toda la población con una buena relación entre costo y eficacia. La respuesta obtenida tras el Proyecto de Carelia del Norte, apoyada también por los resultados del estudio de Stanford, respalda las intervenciones definidas y de ámbito extenso aplicadas a toda la comunidad. Las actividades prácticas integradas en las organizaciones ya existentes en la comunidad deben basarse en principios teóricos sólidos.

Es difícil, evidentemente, saber con exactitud cuáles de los muchos factores determinantes potenciales, ya sea de las propias características basales o de los métodos de intervención, pueden ser los responsables de los cambios favorables de los factores de riesgo y si es posible reproducirlos con cierta facilidad en otros lugares. Un programa comunitario de este tipo prueba, en última instancia, si un programa específico en su totalidad (que debe ser diseñado así, para poder ser aplicado a una escala mayor) es viable y eficaz en ciertas condiciones. El efecto de las diferentes circunstancias de cada comunidad y de los diferentes componentes del proyecto en el éxito o fracaso del mismo solo pueden evaluarse hasta cierto punto. Parece claro que la gran magnitud del problema en Carelia del Norte (y en la zona de referencia), el sistema de servicios sanitarios finlandés y los factores culturales han contribuido a los logros del Proyecto de Carelia del Norte. Sin embargo, durante la fase de planificación había gran preocupación porque el carácter rural de la región, su situación socioeconómica baja, el alto nivel de desempleo y la escasez de recursos médicos, además de la dedicación a la industria lechera de la zona impedirían conseguir buenos resultados.

La estrategia aplicada a Carelia del Norte consistió en introducir una acción comunitaria general, con la estructura de los servicios como su espina dorsal. El proyecto tuvo la función de catalizar y promover las actividades que permitieran a la propia población modificar sus hábitos de la forma deseada. El equipo del Proyecto, en estrecho contacto con la comunidad, diseñó las distintas actividades y proporcionó los materiales y la formación. Desde un principio quedó claro que la mera provisión de información no sería suficiente. Se hizo hincapié en enseñar a la gente las capacidades prácticas necesarias. Se aplicaron varios métodos de persuasión: se pidió a las personas que participaran, no necesariamente para reducir sus propios factores de riesgo, sino como parte de una acción común y en defensa de su condado. Puesto que influir en los estilos de vida es, en último término, un problema de la comunidad, el Proyecto de Carelia del Norte hizo participar a todos los segmentos de la población en la consecución de las metas deseadas.

Los resultados de la evaluación del proceso y las experiencias del Proyecto indican que el éxito no se consiguió por aumentar los conocimientos relacionados con la salud o mediante cambios de las actitudes relacionadas con la salud, sino gracias a la extensa organización comunitaria (incluso la provisión de servicios de atención primaria y la participación de las distintas organizaciones de la comunidad), que fue de importancia fundamental. El proyecto pudo difundir su mensaje a través de los medios de comunicación y de los líderes de opinión, con lo que se creó una atmósfera social más favorable al cambio. La población adoptó los nuevos estilos de vida poco a poco. El plazo de 10 años es suficientemente largo como para poder documentar un proceso de cambio permanente y descartar un efecto de campaña transitorio.

Cambios de la enfermedad

Dados los cambios de los factores de riesgo de CI observados, la segunda pregunta de la evaluación debe ser si se produjeron variaciones significativas de las tasas de enfermedad. La primera evaluación demostró que las tasas de mortalidad de origen coronario habían empezado a disminuir durante los 5 años iniciales, pero sin diferencias claras entre las zonas de intervención y referencia. Durante el período de 1974 a 1979 (cuando el efecto de la reducción de los factores de riesgo podía comenzar a manifestarse), la reducción de la mortalidad por CI masculina estandarizada por edad fue de 23% en Carelia del Norte, 12% en la zona de referencia y de 11% en todo el país, excepto Carelia del Norte. Por lo tanto, la reducción de la mortalidad coronaria en los hombres residentes en esta última no solo había sido importante, sino que era, de hecho, el doble que en la zona de referencia y en el resto de Finlandia. Este resultado respalda la opinión de algunos expertos, según los cuales existe un retraso entre los cambios de los factores de riesgo y los cambios correspondientes de las tasas de CI *(28, 50)*.

Los resultados obtenidos en Carelia del Norte demuestran no solo que es posible cambiar los factores de riesgo, sino que estos cambios conllevan el descenso de las tasas de CI. Por tanto, los resultados del Proyecto de Carelia del Norte corroboran los de los estudios de Bélgica y Oslo *(21, 26)* y coinciden con los obtenidos en numerosos estudios prospectivos y en varios estudios de intervención unifactorial sobre hipertensión y elevación de las cifras de colesterol sérico *(22, 30, 58, 63)* en lo que se refiere a establecer un nexo causal entre factores de riesgo y CI. Los resultados negativos del estudio británico *(51)* se debieron, probablemente, a los cambios relativamente pequeños de los factores de riesgo que se consiguieron. Los resultados igualmente negativos del estudio MRFIT *(34)* muestran los problemas de los ensayos clínicos aleatorios y pueden deberse a varias causas, sobre todo a las complicaciones del tratamiento diurético con dosis grandes.

Además de los efectos sobre la mortalidad coronaria, los resultados del proyecto muestran consecuencias generales positivas en la salud de la población. Los patrones de la mortalidad total y de todas las ECV siguen a los de la mortalidad por CI. También se obtuvieron efectos favorables en otras enfermedades no transmisibles, particularmente en las de origen respiratorio. La evaluación de las consecuencias sanitarias y emocionales subjetivas demuestra una salud subjetiva mejor, menor número de problemas emocionales y psicosociales y una satisfacción general con las actividades que se llevaron a cabo en Carelia del Norte.

Perspectivas nacionales e internacionales

Perspectiva finlandesa

Antes de 1977, la política del Proyecto consistió en no promover cambios de los factores de riesgo de las ECV en la zona de referencia ni a nivel nacional. Sin embargo, el proyecto recibió mucha publicidad positiva ya durante este período. Después de 1977, el equipo del proyecto comenzó a participar en aplicaciones nacionales. Los comités sobre educación para la salud y control de la hipertensión del Gobierno recomendaron que muchas de las experiencias del proyecto se aplicaran a todo el país. También recomendaron que se estableciera una nueva oficina dedicada a la educación para la salud como parte de la Comisión Nacional de Salud. Los materiales de educación para la salud del proyecto se han distribuido ampliamente a todo el país. Una de las actividades nacionales más importantes ha consistido en una serie de programas sobre educación para la salud emitidos por la televisión finlandesa y que se habían llevado a cabo como parte del proyecto en 1978 *(40, 46)*. La legislación antitabaco se introdujo en 1977.

Los cambios observados en la zona de referencia y otros datos disponibles indican

que los estilos de vida relacionados con las ECV han empezado a cambiar en toda Finlandia. Junto con estos cambios nacionales, se ha producido una variación favorable de las tasas de enfermedad cardiovascular. La mortalidad por cardiopatía isquémica de los hombres finlandeses, que era la más alta del mundo, ha disminuido y Finlandia está perdiendo su posición como país con mayores tasas de mortalidad coronaria.

El programa de Carelia del Norte y su seguimiento continúan, al igual que sus aplicaciones nacionales. Este factor es imprescindible a la hora de calibrar todo el impacto de la actividad. Al mismo tiempo, sería necesario disponer de programas similares ejecutados en otros países para poder confirmar los resultados obtenidos en Finlandia y demostrar el efecto de los distintos factores culturales y las diferentes estrategias de intervención. Por fortuna, ya se han iniciado varios de estos estudios. Además de en Finlandia, se han iniciado estudios comunitarios, particularmente en los Estados Unidos.

Perspectivas en los Estados Unidos e internacionales

En 1970, un grupo de la Universidad de Stanford (California, E.U.A.) se convenció de que las ciencias del comportamiento debían asociarse a las ciencias biomédicas tradicionales para llevar a cabo un ataque multidisciplinario que pudiera aliviar el sufrimiento humano relacionado con las enfermedades crónicas que son tan prevalentes en los Estados Unidos. En este marco, el grupo de Stanford diseñó un estudio de educación para la salud de la población a escala comunitaria que incluyera elementos procedentes de las tradiciones de las ciencias biomédicas y sociales. El resultado fue el Estudio de Tres Comunidades. El trabajo de campo se inició en 1972, con la introducción de programas educativos en la comunidad general con el fin de modificar los conocimientos, actitudes y comportamientos asociados con la enfermedad cardiovascular e intentar demostrar la viabilidad de reducir el riesgo cardiovascular de los adultos en un ambiente comunitario.

La estrategia consistió en identificar claramente los antecedentes de las enfermedades cardiovasculares propios del estilo de vida de los adultos de los distintos grupos étnicos y profesionales. A continuación, las subpoblaciones así identificadas pasaron a ser las "audiencias" que debían ser informadas y ayudadas a llevar a cabo modificaciones a largo plazo de sus comportamientos de riesgo. Para lograr algo así en grandes grupos de individuos, como la comunidad total, era necesario reducir hasta un nivel práctico los costos de la educación.

Se eligió una estrategia de educación para la salud cuyo medio pudiera aplicarse ampliamente a cualquier comunidad. Por tanto, se seleccionaron dos comunidades de intervención en las que se aplicó un programa de educación de masas para reducción del riesgo. Para contribuir al esfuerzo, se reclutaron los dirigentes comunitarios entre los profesionales de la salud y los medios de comunicación.

El estudio lanzó varias grandes campañas en los medios de comunicación a lo largo de un período de dos años en las dos comunidades; en una de ellas proporcionó también asesoramiento cara-a-cara al pequeño subconjunto de sujetos de alto riesgo. Una tercera comunidad sirvió como control. En cada comunidad, se seleccionó una muestra de la población a la cual se entrevistó y examinó antes de las campañas y uno y dos años después de las mismas, a fin de evaluar sus conocimientos y comportamientos relacionados con la enfermedad cardiovascular (p.ej., dieta y tabaco) y también para medir los indicadores fisiológicos de riesgo (p.ej., presión arterial, peso relativo y colesterol plasmático). En la comunidad de control, el riesgo de enfermedad cardiovascular aumentó durante esos dos años, mientras que las comunidades de intervención mostraron un descenso importante y mantenido del mismo. En la comunidad en que se proporcionó cierto asesora-

miento cara-a-cara, la mejoría inicial fue mayor y la educación para la salud tuvo mejores resultados en la reducción del consumo de cigarrillos. Sin embargo, al final del segundo año la disminución del riesgo resultó similar en las dos comunidades de tratamiento. Estos resultados sugieren claramente que los programas comprensivos de educación dirigidos a comunidades enteras pueden ser muy eficaces en cuanto a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular *(15, 31)*.

La reducción del riesgo conseguida en las dos comunidades de prueba superó a la de la ciudad de referencia con márgenes muy parecidos a los descritos en el Proyecto de Carelia del Norte. Los mayores cambios se dieron en las muestras sujetas a instrucción intensiva, sobre todo en lo que se refiere a la proporción de fumadores que habían dejado de fumar al final del segundo y tercer años. El estudio se concluyó al cabo de tres años, según se había previsto. Durante el tercer año el programa educativo fue reducido. Los efectos se habían mantenido bien a lo largo de ese tercer año *(19, 70)*.

Estos resultados animaron al Programa de Stanford para la Prevención de las Enfermedades del Corazón (The Stanford Heart Disease Prevention Program, SHDPP) a iniciar un estudio más ambicioso, conocido como Proyecto de las Cinco Ciudades (Five City Project, FCP) *(12, 13)*. En esta investigación, iniciada en 1978, se seleccionaron dos ciudades más grandes como objetivo de la intervención educativa y se utilizaron otras tres como referencia. Puesto que la población total de las cinco ciudades era de aproximadamente 350.000 habitantes, se esperaba que una discreta reducción del riesgo traería consigo una importante disminución de la morbilidad y de la mortalidad si el estudio se prolongaba por nueve años. Como se pretendía instaurar un programa sostenido por la propia comunidad, y conociendo el éxito del Proyecto de Carelia del Norte en la utilización de las organizaciones comunitarias, en el FCP se buscó incrementar y sistematizar el programa de organización de la comunidad. Los resultados preliminares obtenidos a la mitad del ciclo son estimulantes y sugieren que va a repetirse el éxito de la educación de la comunidad en la reducción del riesgo *(14)*.

Desde que concluyó el Estudio de Tres Comunidades de Stanford y terminaron los cinco primeros años del Proyecto de Carelia del Norte, se han iniciado otros estudios multifactoriales que prestan especial atención a los programas de educación para la salud generales de ámbito comunitario destinados a reducir el riesgo y, en algunos casos, también la morbilidad y la mortalidad. Estos estudios se están haciendo en la costa norte de Nueva Gales del Sur en Australia, cerca de Ciudad del Cabo en Sudáfrica y en Heidelberg, en la República Federal de Alemania, así como en Minnesota, Rhode Island y Pennsylvania en los Estados Unidos. De estos, los estudios de Minnesota y Rhode Island son grandes, generales y a largo plazo. Los tres estudios estadounidenses de Stanford, Minnesota y Rhode Island tienen en común sus recursos de financiación federal, además de que comparten la metodología para la evaluación de resultados.

En Europa (p.ej., Italia, Yugoslavia, República Democrática Alemana, Portugal, URSS, Hungría, Noruega) y otros lugares (p.ej., Cuba, República Popular China, Israel) se han planeado o se hallan ya en ejecución otros estudios que, en muchos casos, son comparables con los mencionados anteriormente. Algunas comunidades son demasiado pequeñas como para poder medir los cambios de las tasas de enfermedad, por lo que los proyectos se refieren solo a cambios de comportamientos y de factores de riesgo.

En el cuadro 10 se mencionan algunos de estos proyectos, los mejor documentados a nivel internacional, y se indican los países en los que se están ejecutando, los años de educación comunitaria, el número de comunidades participantes y su población. La asignación aleatoria de comunidades solo se ha hecho en el estudio suizo *(20)*. Se han observado descensos de los factores de riesgo cardiovascular en varios de ellos, pero hasta

CUADRO 10. Estudios sobre reducción multifactorial del riesgo de ECV basada en la comunidad/ factores de riesgo de ECV[a]

Descripción	País	Años de educación	Referencia
1. Proyecto de Carelia del Norte: dos condados, uno de tratamiento, y uno de referencia, *n* = 433.000	Finlandia	1972–1982	Puska et. al. 1981, 1983
2. Estudio de Stanford en Tres Comunidades: tres ciudades, una de tratamiento, y dos de referencia, *n* = 45.000	Estados Unidos (California)	1972–1975	Farquhar et. al. 1977
3. Proyecto de la Costa Norte: tres ciudades, dos de tratamiento, y una de referencia, *n* = 70.000	Australia	1977–1980	Eggers 1978
4. Programa Nacional Suizo de Investigación: cuatro ciudades, dos de tratamiento, y dos de referencia, *n* = 40.000	Suiza	1978–1980	Gutzwiller et. al. 1979
5. Proyecto de Mejora de la Salud Comunitaria: dos condados, uno de tratamiento, y uno de referencia, *n* = 224.000	Estados Unidos (Pennsylvania)	1979–1986	Stolley y Stunkard 1980[b]
6. Proyecto Eberbach-Wiesloch: tres ciudades, dos de tratamiento, y una de referencia, *n* = 30.000	República Federal de Alemania	1976–1990	Nussel 1981[b]
7. Estudio de Sudáfrica: tres ciudades, dos de tratamiento, y una de referencia, *n* = 16.000	Sudáfrica	1980–1983	Rossouw 1981
8. Proyecto de las Cinco Ciudades de Stanford: cinco ciudades, dos de tratamiento, y tres de referencia, *n* = 350.000	Estados Unidos 1980–1986 (California)	1980–1986	Farquhar 1978
9. Estudio sobre la Salud del Corazón de Minnesota: dos ciudades, dos barrios, de tratamiento y de referencia emparejados, *n* = 256.000	Estados Unidos 1982–1989 (Minnesota)	1982–1989	Blackburn 1980
10. Estudio sobre la Salud del Corazón de Pawtucket: dos ciudades, de una tratamiento, y una de referencia, *n* = 173.000.	Estados Unidos (Rhode Island y Massachusetts)	1982–1986	Carleton 1980

[a]Es un cuadro necesariamente incompleto y presenta los proyectos de estudios realizados en comunidades que incluyen al menos un área de referencia y que suponen el uso de métodos de educación para la salud de la población general y de organización comunitaria conocidos personalmente por los autores.

[b]Comunicación personal.

la fecha solo el Proyecto de Carelia del Norte, que es el que cuenta con un seguimiento más prolongado, ha mostrado cambios significativos de la morbilidad y de la mortalidad. En los próximos años, estos estudios nos proporcionarán nuevos hallazgos y también nuevos retos.

CONCLUSIONES

Desde hace muchos años, no se plantean dudas acerca del papel del tabaco y de la elevación de la presión arterial en el desarrollo de las ECV. Al mismo tiempo, los resultados del estudio LRC han establecido con

firmeza la importancia del aumento del colesterol sérico como factor de riesgo de las ECV. Ahora, el tema que se plantea es si estos cambios afectan solo a las personas de alto riesgo o a toda la población y, si es este último el caso, cómo pueden promoverse tales cambios en la población.

Creemos que aún cuando se ponga en duda algunos de los datos presentados, hay fuertes motivos para promover una reducción general de los factores de riesgo en el total de la población. Dejar de fumar es muy beneficioso para la salud; es probable que reducir la obesidad e incrementar el consumo de verduras y fibra sea también beneficioso; el tratamiento de la hipertensión tiene ventajas demostradas. Habría que ayudar a las personas a hacer los cambios que una gran proporción de ellas desea, cambios que reducen el riesgo de varias enfermedades crónicas y de muerte prematura y que favorecen la salud. Estos factores son frecuentes en la comunidad y se hallan íntimamente ligados a los estilos de vida. Una intervención orientada solo a un pequeño grupo de alto riesgo no puede afectar a la comunidad a largo plazo. En las intervenciones basadas en la comunidad, es la propia población la que, en última instancia, toma la decisión acerca de sus prácticas y estilos de vida relacionados con la salud. Los cambios propuestos, por ejemplo los recomendados recientemente por un grupo de expertos de la OMS *(69)* sobre la prevención de la CI, son moderados y seguros, pueden ser placenteros y es probable que reduzcan el riesgo de varias enfermedades no transmisibles importantes, al mismo tiempo que promueven la salud en general. Las personas tienen derecho a esta información y a recibir ayuda para efectuar los cambios.

A partir de nuestros resultados y experiencias en el Proyecto de Carelia del Norte, llegamos a la conclusión de que los programas basados en la comunidad, bien concebidos, pueden afectar grandemente los estilos de vida y niveles de factores de riesgo de la población. Con un programa prolongado, también es posible mantener los niveles más favorables durante períodos más largos. Estos cambios producen menores tasas de enfermedad cardiovascular y mayores grados de salud y bienestar en la población como un todo. Un estudio de intervención grande, basado en la comunidad, también puede servir como proyecto de demostración potente para facilitar las reducciones de los factores de riesgo y el control de la epidemia de enfermedades cardiovasculares en todo un país.

REFERENCIAS

1. Ajzen, I., Fishbein, M. 1980. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
2. Bandura, A. 1977. *Social Learning Theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
3. Blackburn, H. 1971. Ischaemic heart disease: Perspectives for prevention. *Heart Bull.* 2:94–97
4. Blackburn, H. 1985. The Minnesota Heart Health Program: A research and demonstration project in cardiovascular disease prevention. In *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention,* ed. J. D. Matarazzo, N. E. Miller, S. M. Weiss, J. A. Herd, S. M. Weiss. Silver Spring, MD: Wiley. In press
5. Campbell, D. T., Stanley, J. C. 1963. *Experimental and Quasi-experimental Designs for Research.* Chicago: Rand McNally
6. Carleton, R. 1985. Lay volunteer delivery of a community-based cardiovascular risk factor change program: The Pawtucket experiment. See Ref. 4
7. Dawber, T. R., Meadors. G. F., Moore, F. E. 1951. Epidemiological approaches to heart disease: The Framingham Study. *Am. J. Public Health* 41:279–86
8. Doll, R, Hill, A. B. 1964. Mortality in relation to smoking: Ten years' observations of British doctors. *Br. Med. J.* 1:1399–1410
9. Egger, G., Fitzgerald, W., Frape, G., Monaem, A., Rubinstein, P., Tyler, C., McKay, B. 1983. Results of large scale media antismoking campaign in Australia: North Coast "Quit for Life" programme. *Br. Med. J.* 287:1125–28
10. Ehnholm, C., Huttunen, J., Pietinen, P., Leino, U., Mutanen, M., Kostiainen, E., Pikkarainen, J., Dougherty, R., Iacono, J., Puska, P. 1982. Effect of diet on serum lipoproteins in a population with a high risk of coronary heart disease. *N. Engl. J. Med.* 307:850–55
11. Epstein, F. 1973. Coronary heart disease epidemiology revised. Clinical and community aspects. *Circulation* 48:185–94

12. Farquhar, J. W. 1978. The community-based model of lifestyle intervention trials. *Am. J. Epidemiol.* 108:103–11
13. Farquhar, J. W. 1985. The Stanford Five City Project: An overview. See Ref. 4
14. Farquhar, J. W., Fortman, S. P., Wood, P. D., Maccoby, N., Haskell, W. L., Flora, J. A., Williams, P. T., Brown, B. W., Rogers, E., Vranizan, K. 1984. Risk factor reduction from community education: Preliminary results of the Stanford Five City Project. *CVD Epidemiol. Newslett. Am. Heart Assoc.* 35:48
15. Farquhar, J. W., Maccoby, N., Wood, P. D., Alexander, J. K., Breitrose, H., Brown, B. W. Jr., Haskell, W. L., McAlister, A. L., Meyer, A. J., Nash, J. D. 1977. Community education for cardiovascular health. *Lancet* 1:1192–95
16. Fejfar, Z. 1973. Prevention of cardiovascular diseases. In *Chronic Diseases. Public Health in Europe* 2:11–47. Copenhagen: WHO
17. Fishbein, M., Ajzen, J. 1975. *Belief. Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research.* Reading, Mass.: Addison-Wesley
18. Flay, B. R., Ditecco, D., Schlegel, R. P. 1980. Mass media in health promotion. *Health Educ. Q.* 7:127–43
19. Fortman, S. P., Williams, P. T., Hulley, S. B., Haskell, W. L., Farquhar, J. W. 1981. Effect of health education on dietary behavior: The Stanford Three Community Study. *Am. J. Clin. Nutr.* 34:2030–38
20. Gutzwiller, F., Junod, B., Schweizer, W. 1979. Prevention des maladies cardio-vasculaires. *Les Cahiers Médico-sociaux* 23(2):79–144. Geneva, Switzerland
21. Hjerman, I., Velve Byre, K., Holme, I., Leren, P. 1981. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo study group of a randomized trial in healthy men. *Lancet* 2:1303–10
22. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. 1979. Five-Year findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. *J. Am. Med. Assoc.* 242(23):2562–71
23. Kar, S. B., Schmitz, M., Dyer, D. 1983. Psychosocial model of health behavior: Implications for nutrition education, research and policy. *Health Values* 7:29–37
24. Katz, E., Lazarsfelf, P. 1955. *Personal Influence: The Part Played by People in the Flow of Mass Communications.* New York: Free Press
25. Keys, A. 1970. *Coronary heart disease in seven countries.* New York: Am. Heart Assoc. Monogr. No. 29
26. Kornitzer, M., De Backer, G., Dramaix, M. et al. 1983. Belgian heart disease prevention project: Incidence and mortality results. *Lancet* 1:1066–70
27. Kottke, T. E., Puska, P., Salonen, J. T., Tuomilehto, J., Nissinen, A. 1985. What if we forget about mass control of coronary risk factors? Projected effects of high risk versus population based prevention strategies in coronary heart disease. *Am. J. Public Health.* In press
28. Kuller, L. H. 1980. Prevention of cardiovascular disease and risk factor intervention trial. *Circulation* 61:26–28
29. Lewin, K. 1951. *Field Theory in Social Science, Selected Theoretical Papers,* ed. D. Cartwright. New York, Harper & Row
30. Lipid Research Clinics Program. 1984. The lipid research clinics coronary primary prevention trial results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. *J. Am. Med. Assoc.* 251:351–64
31. Maccoby, N., Farquhar, J. W., Wood, P. D., Alexander, J. K. 1977. Reduction the risk of cardiovascular disease: Effects of a community-based campaign on knowledge and behavior. *J. Commun. Health* 3:100–14
32. McAlister, A., Puska, P., Salonen, J. T., Tuomilehto, J., Koskela, K. 1982. Theory and action for health promotion: Illustrations from the North Karelia Project. *Am. J. Public Health* 72(1):43–50
33. McGuire, W. J. 1969. The nature of attitudes and attitude change. In *Handbook of Social Psychology,* ed. G. Lindsay, E. Aronson, Vol. III. Reading, Mass.: Addison-Wesley
34. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. 1982. Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. *J. Am. Med. Assoc.* 248:1465–77
35. Neittaanmäki, L., Koskela, K., Puska, P., McAlister, A. 1980. The role of lay workers in community health education: Experiences of the North Karelia project. *Scand. J. Soc. Med.* 8:1–7
36. Nissinen, A., Tuomilehto, J., Elo, J., Salonen, J. T., Puska, P. 1981. Implementation of a hypertension control program in the county of North Karelia, Finland. *Public Health Reps.* 96:503–13
37. Ovcarov, V., Bystova, V. 1978. Present trends in mortality in the age group 35–64 in selected developed countries between 1950–73. *World Health Stat. Q.* 31:208–346
38. Pisa, Z., Uemura, K. 1982. Trends of mortality from ischaemic heart disease and other cardiovascular diseases in 27 countries, 1968–1977. *World Health Stat. Q.* 35:11–17
39. The Pooling Project Research Group. 1978. *Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: Final report of the Pooling Project.* Dallas: Am. Heart Assoc. Monogr. No. 60
40. Puska, P., Koskela, K., McAlister, A., et al. 1979. A comprehensive television smoking cessation programme in Finland. *Int. J. Health Educ.* 22:(suppl.)
41. Puska, P., Koskela, K., McAlister, A., Mäyränen, H., Smolander, A., Moisio, S., Viri, L., Korpelainen, V., Rogers, E. M. 1985. Systematic use of lay opinion leaders to promote diffusion of health innovations in a community program: Lessons learned

from the North Karelia Project. Manuscript to be submitted
42. Puska, P., McAlister, A., Pekkola, J., Koskela, K. 1981. Television in health promotion: Evaluation of a national program in Finland. *Int. J. Health Educ.* 24:238–50
43. Puska, P., Neittaanmäki, L., Tuomilehto, J. 1981. A survey of local health personnel and decision makers concerning the North Karelia project: A community program for control of cardiovascular diseases. *Prev. Med.* 10:564–76
44. Línea en blanco para indicar referencia que falta en el trabajo original.
45. Puska, P., Tuomilehto, J., Salonen, J., Nissinen, A., Virtamo, J., Björkqvist, S., Koskela, K, Neittaanmäki, L., Takalo, L., Kottke, T. E., Mäki, J., Sipilä P., Varvikko, P. 1981. *The North Karelia Project: Evaluation of a Comprehensive Community Programme for Control of Cardiovascular Diseases in North Karelia, Finland 1972–1977.* Copenhagen: WHO/EURO
46. Puska, P., Wiio, J., McAlister, A., Koskela, K., Smolander, A., Pekkola, J., Maccoby, N. 1984. Mass media in national health promotion: Development and evaluation of a theory-based method (the "Keys to Health" TV program in 1982 in Finland). *Can. J. Public Health.* In press
47. Report of Inter-Society Commission for Heart Disease Resources. 1970. Primary prevention of the atherosclerotic disease. *Circulation* 42:(suppl.)
48. Rogers, E. 1983. *Diffusion of Innovations.* New York: Free Press
49. Rose, G. 1982. Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease. *Br. Med. J.* 282:1847–51
50. Rose, G. 1982. Incubation period of coronary heart disease. *Br. Med. J.* 284:1600–1
51. Rose, G., Tunstall-Pedoe, H. D., Heller, R. F. 1983. UK heart disease prevention project: Incidence and mortality results. *Lancet* 1:1062–66
52. Rossow, J. E., Jooste, P. L., Kotze, J. P., Jordaan, P. C. J. 1981. The control of hypertension in two communities: An interim evaluation. *South African Med. J.* 60:208–12
53. Salonen, J. T., Heinonen, O. P., Kottke, T. E., Puska, P. 1981. Change in health behavior in relation to estimated coronary heart disease risk during a community-based cardiovascular disease prevention programme. *Int. J. Epidemiol.* 10:343–54
54. Salonen, J., Puska, P., Kottke, T. E., Tuomilehto, J., Nissinen, A. 1983. Decline in mortality from coronary heart disease in Finland from 1969 to 1979. *Br. Med. J.* 286:1857–60
55. Salonen, J. T., Puska, P., Tuomilehto, J. 1982. Physical activity and risk of myocardial infarction, cerebral stroke and death. *Am. J. Epidemiol.* 115:526–37
56. Stamler, J. 1967. *Lectures in Preventive Cardiology.* New York: Grune & Stratton
57. Stamler, J. 1971. Acute myocardial infarction—progress in primary prevention. *Br. Heart J.* 33(suppl.): 145–64
58. The Australian Therapeutic Trial in Mild Hypertension. 1980. Report by the management committee. *Lancet* 1:1261–67
59. Tibblin, G. 1969. Risk factors in coronary heart disease. *Adv. Cardiol.* 4:123–30
60. Tuomilehto, J., Neittaanmäki, L., Salonen, J. T., Puska, P., Nissinen, A. 1983. Community Involvement in Developing Comprehensive Cardiovascular Control Programs. A Case Study in North Karelia, Finland. In *Yearbook of Population Research in Finland* 21:75–98
61. Tuomilehto, J., Puska, P., Salonen, J., Nissinen, A. 1982. Evaluation of intervention programmes aiming at reducing major causes of mortality and morbidity in adulthood. In *Morbidité et mortalité aux ages adultes dans les pays développés. Chaire Quételet.* Université Catholique de Louvain, Département de démographie
62. Turpeinen, O. 1979. Effect of cholesterol-lowering diet on mortality from coronary heart disease and other causes. *Circulation* 59:1–7
63. Veterans Administration Cooperative Study Group. 1970. Effects of treatment on morbidity in hypertension. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mmHg. *J. Am. Med. Assoc.* 213:1143–52
64. WHO Regional Office for Europe. 1971. *Methodology of Multifactor Preventive Trials in Ischaemic Heart Disease. Report on a Working Group.* Copenhagen: WHO. Document EURO 5011
65. WHO Regional Office for Europe. 1973. *Chronic Diseases. (Public Health in Europe 2).* Copenhagen: WHO
66. WHO Regional Office for Europe. 1974. *The Prevention and Control of Major Cardiovascular Diseases. Report on a Conference.* Copenhagen: WHO. Document EURO 8214
67. WHO Regional Office for Europe. 1976. *Myocardial Infection Community Registers. (Public Health in Europe 5).* Copenhagen: WHO
68. WHO. 1983. *Proposal for the Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease and Protocol (MONICA project).* WHO/MNC/82.1. Geneva, Switzerland: WHO
69. WHO. 1982. *Prevention of Coronary Heart Disease. Report of a WHO Expert Committee. Tech. Rep. Ser. 678.* Geneva, Switzerland: WHO
70. Williams, P. T., Fortman, S. P., Farquhar, J. W., Varady, A., Mellen, S. 1981. A comparison of statistical methods for evaluating risk factor changes in community-based studies: An example from the Stanford Three Community Study. *J. Chron. Dis.* 34:565–71

TENDENCIAS DE VEINTE AÑOS DE LOS FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN CARELIA DEL NORTE Y OTRAS ZONAS DE FINLANDIA

Erkki Vartiainen,[1] Pekka Puska,[1] Pekka Jousilahti,[1] Heikki J. Korhonen,[1] Jaakko Tuomilehto,[1] y Aulikki Nissinen[2]

La evidente participación de los factores de riesgo (colesterol sérico, presión arterial y tabaco) en las enfermedades cardiovasculares (ECV) quedó sobradamente demostrada en los años 1960 y 1970 gracias a los estudios epidemiológicos y bioquímicos y a los ensayos clínicos. Hace 20 años, Finlandia tenía la tasa de mortalidad de origen coronario más alta del mundo *(1)* y, dentro del país, la mayor tasa de mortalidad correspondía a la provincia oriental de Carelia del Norte.

Estos datos llevaron a planificar y emprender el Proyecto para Carelia del Norte en 1972, un programa global basado en la comunidad para la prevención de las ECV mediante cambios del estilo de vida general y de los factores de riesgo. El proyecto también incluía una meticulosa evaluación científica *(2)*. A partir de entonces, varios países iniciaron muchos otros programas preventivos basados en la comunidad durante los años 1970 y 1980. El objetivo de todos ellos ha sido evaluar la posibilidad de modificar los factores de riesgo de poblaciones enteras y si esta modificación traerá consigo el descenso de las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) de esas poblaciones *(3–8)*. Casi todos los programas evaluados han demostrado que es posible reducir los factores de riesgo y en algunos de ellos se ha comprobado también un descenso de la mortalidad coronaria *(9)*. En el decenio de 1980, y tras el consenso general alcanzado sobre el papel de los factores de riesgo, muchos países han comenzado a desarrollar estrategias nacionales para combatir la mortalidad de origen coronario.

El propósito original del Proyecto para Carelia del Norte era investigar la viabilidad y los efectos de un programa basado en la comunidad para la prevención de las ECV en esa provincia. Poco a poco, en todo el país comenzaron a realizarse todo un conjunto de actividades distintas destinadas a prevenir la cardiopatía isquémica y desde 1977 el Proyecto para Carelia del Norte participó activamente en ellas. La legislación nacional antitabaco se promulgó a finales de los años 1970 *(10)*. El tratamiento en gran escala de la

Fuente: *International Journal of Epidemiology* 1994; 23(3):495–504. Se publica con permiso de la Oxford University Press, Oxford, Inglaterra.

[1]Instituto Nacional de Salud Pública, Departamento de Epidemiología y Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia.

[2]Universidad de Kuopio, Finlandia.

hipertensión se inició también en esos años. Se desarrolló una política de nutrición para prevenir las enfermedades y mejorar la salud de la población *(11)*. Desde 1978, el Proyecto para Carelia del Norte ha emitido por televisión programas de información sobre la forma de reducir los factores de riesgo más importantes. Durante los últimos 20 años, Carelia del Norte ha pasado a ser una zona de demostración nacional de todas las innovaciones en el campo de la prevención de las enfermedades crónicas y de la promoción de la salud. Cada programa tiene sus propios estudios de evaluación, pero al mismo tiempo se ha llevado a cabo la vigilancia general de los factores de riesgo y la evaluación de la mortalidad a partir de las estadísticas vitales. Varios informes han documentado el impacto de los primeros programas *(12, 13)*. La mortalidad por cardiopatía isquémica ha disminuido en alrededor de 50% durante los últimos 20 años *(14, 15)*.

El objetivo de este artículo es describir los cambios en los factores de riesgo cardiovascular durante un período de 20 años (1972–1992) en Carelia del Norte y otras zonas de Finlandia donde se han hecho encuestas de población similares. Se detallan sobre todo la evaluación de la sostenibilidad y de los cambios a largo plazo producidos en Carelia del Norte y las tendencias nacionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los niveles de los factores de riesgo de CI en dos provincias orientales, Carelia del Norte y Kuopio, se han evaluado cada cinco años mediante encuestas transversales de población (1972, 1977, 1982, 1987 y 1992). En 1982, se iniciaron también encuestas en una tercera región del sudoeste de Finlandia. Esta última región contiene la ciudad de Turku, una ciudad más pequeña, Loimaa, y 12 municipios rurales más pequeños y vecinos de las anteriores. Carelia del Norte tiene una población de 180.000 habitantes; la población de la provincia de Kuopio es de alrededor de 250.000 habitantes y la de la zona sudoccidental, de 210.000. En cada encuesta, se obtuvo una muestra aleatoria independiente del registro de población. En la encuesta basal y en la efectuada a los cinco años, se seleccionó de cada área una muestra aleatoria de 6,6% de la población nacida entre 1913 y 1947. En 1982 y 1992, la muestra comprendía personas de 25 a 64 años de edad. Todas las muestras se estratificaron según el protocolo MONICA de la OMS, con el fin de obtener no menos de 250 sujetos de cada sexo y grupo de edad de 10 años en cada área. Los límites de edad comunes a las cinco encuestas fueron 30–59 años.

Los métodos de encuesta siguieron el protocolo MONICA de la OMS en 1982, 1987 y 1992; estos métodos fueron comparables a los empleados en 1972 y 1977. Las encuestas incluyeron un cuestionario autoadministrado (que cubría fundamentalmente los aspectos relacionados con los factores socioeconómicos, la historia médica, los comportamientos relacionados con la salud y los factores psicológicos) y mediciones de la talla, el peso y la presión arterial. Se extrajo una muestra de sangre venosa para determinar el colesterol total sérico y el colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL). En 1982 y 1987, se determinó el tiocianato en suero y en 1992 se midió asimismo la concentración sérica de cotinina.

Las mediciones fueron hechas por enfermeras especialmente formadas. En todas las encuestas se siguieron los mismos métodos lo más estrictamente posible y todas las áreas fueron tratadas de la misma manera (p.ej., las muestras de sangre de las distintas zonas se analizaron siguiendo un orden mixto). La presión arterial se midió en el brazo derecho de los sujetos, después de que habían permanecido sentados durante cinco minutos. Como presión diastólica, se registró la quinta fase de los ruidos de Korotkoff. En 1972 y 1977 se utilizó un manguito más corto (23 cm) que en 1982, 1987 y 1992 (42 cm). En 1972 y 1977, el colesterol sérico se determinó en muestras congeladas mediante la reacción

de Liebermann-Burchard; en 1982, 1987 y 1992, se utilizó suero reciente y se empleó un método enzimático (CHOD-PAP, Boehringer Mannheim, Monotest). En nuestro laboratorio, los valores obtenidos con el método enzimático fueron inferiores en 2,4% a los del método de Liebermann-Burchard. Las cifras procedentes de 1972 y 1977 se corrigieron según este porcentaje. Todas las determinaciones de colesterol fueron hechas por el mismo laboratorio central, normalizado contra laboratorios de referencia nacionales e internacionales. Los datos de nuestro laboratorio han sido normalizados frente al laboratorio de referencia de la OMS de Praga entre 1978 y 1982. El coeficiente de variación ha sido, como promedio, de 1,23%. Los datos analíticos de la encuesta de 1972 se normalizaron frente al laboratorio de los Centers for Disease Control (Centros para el Control de Enfermedades, Estados Unidos de América) de Atlanta, Georgia; las determinaciones se encontraban dentro de los límites recomendados (*16*).

El consumo de tabaco se evaluó por medio de un conjunto normalizado de preguntas en un cuestionario autoadministrado. En función de sus respuestas, los participantes se clasificaron en tres categorías: fumadores actuales o personas que habían fumado regularmente (cigarrillos, cigarros o pipa) durante al menos 1 año y, en promedio, más de una vez al día durante el mes anterior; ex-fumadores o personas que habían fumado regularmente pero que habían dejado de fumar por lo menos un mes antes de la encuesta, y nunca fumadores los que nunca habían fumado regularmente.

Este análisis se refiere a los sujetos de 30–50 años de edad. Los tamaños de las muestras y las tasas de participación de las cinco encuestas se presentan en el cuadro 1. Estas últimas fueron muy altas en la primera encuesta de 1972, cercanas a 90%, y han ido descendiendo desde entonces, pero siguen siendo muy satisfactorias.

Se hizo un análisis de varianza para las medias de las poblaciones de Carelia del Norte y Kuopio de los años 1972, 1977, 1982, 1987 y 1992. A partir de 1982 hasta 1992, se aplicó dicho análisis a las tres zonas. Para las proporciones se usó un modelo log-lineal como método estadístico. Se empleó la prueba de Scheffé para las comparaciones múltiples entre distintas áreas en cada año (*17*).

RESULTADOS

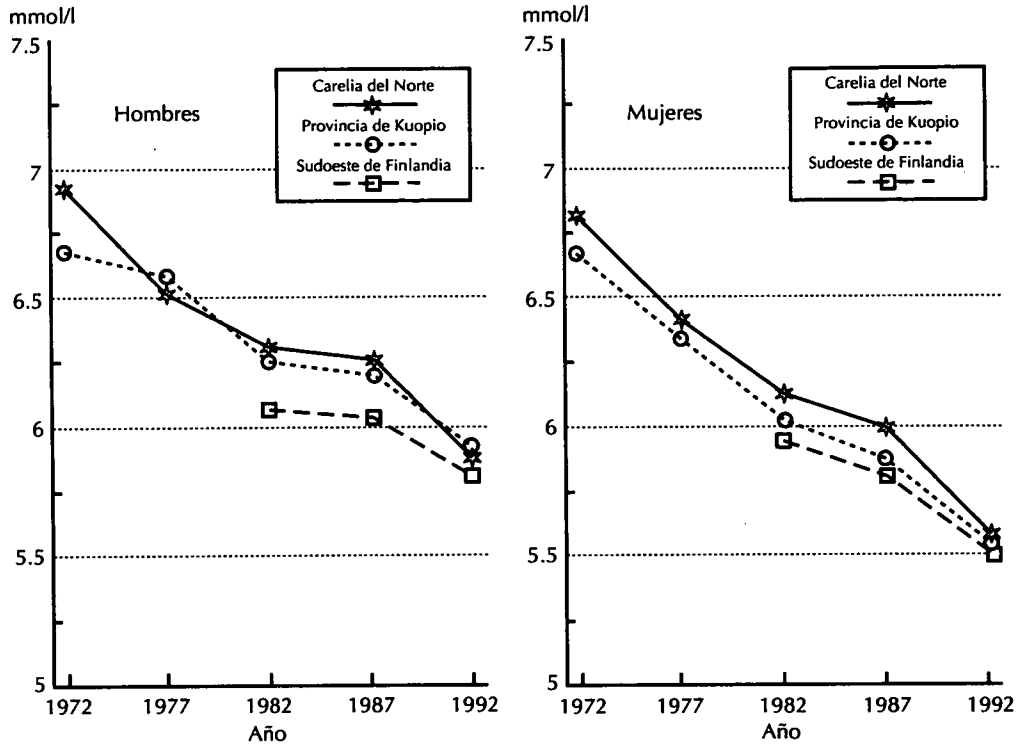
Colesterol total

Entre 1972 y 1992, el colesterol total sérico descendió 16% (1,07 mmol/l) en los hombres de Carelia del Norte y de la provincia de Kuopio (figura 1). Durante los cinco primeros años, la disminución fue mayor en Carelia del Norte, pero posteriormente la tendencia fue aproximadamente igual en ambos lugares.

El pequeño descenso del colesterol total observado en los hombres entre 1982 y 1987 en las tres zonas no fue estadísticamente significativo. Sin embargo, durante el último

CUADRO 1. Muestras e índices de participación según género, año y zona de los sujetos de 30 a 59 años de edad

	Carelia del Norte				Provincia de Kuopio				Sudoeste de Finlandia			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
Año	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1972	1959	94	2056	96	2918	91	2949	94				
1977	2063	87	2020	91	2933	89	2996	92				
1982	1599	77	1511	84	1459	83	1143	88	1506	82	1487	87
1987	1521	79	1485	87	762	82	744	87	756	77	761	83
1992	759	69	750	82	768	76	735	85	747	75	720	85



ANOVA

Hombres	1972–1977	1977–1982	1982–1987	1987–1992
Zona	***	n.s.	***	**
Año	**	***	n.s.	***
Zona * Año	***	n.s.	n.s.	n.s.
Mujeres	**1972–1977**	**1977–1982**	**1982–1987**	**1987–1992**
Zona	***	**	***	**
Año	***	***	***	***
Zona * Año	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

*$P < 0,05$, **$P < 0,01$, ***$P < 0,001$
Nota: n.s. + no significativo

FIGURA 1. Concentración media de colesterol por género, zona y año

período de 5 años, entre 1987 y 1992, se produjo una reducción significativa en todas ellas. En Carelia del Norte, la proporción de hombres con concentraciones séricas de colesterol ≥ 6,5 mmol/l bajó de alrededor de 60% en 1972 a 28% en 1992 (cuadro 2).

Las diferencias entre las zonas correspondientes a los distintos años se estudiaron con la prueba de Scheffé para comparaciones múltiples en 1982, 1987 y 1992 y mediante la prueba *t* en las dos primeras encuestas. En 1972, la concentración sérica de colesterol de los hombres de Carelia del Norte fue significativamente mayor que en la provincia de Kuopio. Posteriormente no se encontraron diferencias. En 1982, sí había diferencias entre la región sudoccidental y las de Carelia del Norte y Kuopio.

CUADRO 2. Concentración sérica de colesterol según género, año y zona de los sujetos de 30 a 59 años de edad

	Carelia del Norte					Provincia de Kuopio					Sudoeste de Finlandia		
	1972	1977	1982	1987	1992	1972	1977	1982	1987	1992	1982	1987	1992
Hombres													
<5,0 mmol/l(%)	6	11	12	14	21	7	8	13	16	20	16	18	23
5,0–6,49 mmol/l(%)	34	41	47	49	52	40	42	51	47	52	52	50	55
6,5+ mmol/l(%)	60	48	40	38	28	54	50	36	37	28	32	33	23
Media	6,92	6,52	6,30	6,25	5,85	6,68	6,58	6,26	6,20	5,89	6,06	6,03	5,79
DT	1,32	1,23	1,18	1,19	1,19	1,21	1,23	1,21	1,24	1,15	1,11	1,19	1,11
N°	1742	1702	1229	1138	521	2513	2601	1206	599	583	1233	566	663
Mujeres													
<5,0 mmol/l(%)	7	13	20	22	33	9	14	21	22	32	21	27	36
5,0–6,49 mmol/l(%)	36	44	46	48	50	39	45	48	53	50	50	47	47
6,5+ mmol/l(%)	57	43	35	31	17	52	41	31	35	18	29	27	17
Media	6,81	6,40	6,11	5,98	5,56	6,66	6,33	6,01	5,86	5,53	5,93	5,80	5,49
DT	1,37	1,35	1,32	1,24	1,08	1,29	1,28	1,28	1,17	1,03	1,19	1,21	1,09
N°	1880	1817	1268	1246	600	2607	2731	999	629	619	1291	612	609

En Carelia del Norte, el colesterol total sérico de las mujeres disminuyó en 18,4% (1,25 mmol/l) y en Kuopio, en 17,0% (1,13 mmol/l). Las habitantes de Carelia del Norte mostraron niveles algo mayores en los primeros años, pero en el último período quinquenal estas diferencias desaparecieron. Entre 1982 y 1987, el colesterol sérico de las mujeres siguió bajando, pero en los hombres no se observaron cambios estadísticamente significativos. Durante los últimos cinco años, el descenso fue de 7,0% en Carelia del Norte, de 5,6% en Kuopio y de 5,3% en la región sudoccidental. El porcentaje de mujeres con cifras de colesterol ≥ 6,5 mmol/l bajó a 17% en todas las áreas.

Según la prueba de Scheffe, las diferencias observadas en 1982 entre Carelia del Norte y la zona sudoccidental habían desaparecido en 1992.

Presión arterial

Entre 1972 y 1992, la presión arterial sistólica disminuyó en 4,8% (7,1 mm Hg) en los hombres de Carelia del Norte y en 4,1% (6,0 mm Hg) en los de Kuopio (figura 2). Durante los primeros cinco años, se produjo una reducción mayor en Carelia del Norte, durante el segundo quinquenio se produjo una ligera elevación en ambas zonas y en los últimos 10 años, de 1982 a 1992, la presión arterial volvió a caer en ambas provincias. En el sudoeste de Finlandia, la presión arterial sistólica descendió más entre 1982 y 1987 que en los últimos cinco años. La prueba de comparación múltiple de Scheffé, solo mostró una diferencia significativa entre la región sudoccidental y la provincia de Kuopio en 1982. En 1987, existían diferencias entre la provincia sudoccidental y las dos provincias orientales; en la última encuesta no se encontraron diferencias significativas entre las tres zonas.

A lo largo de los últimos 20 años, la presión arterial diastólica de los hombres descendió en 8,1% (7,4 mm Hg) en Carelia del Norte y en 10,2% (9,5 mm Hg) en Kuopio. En 1992, habían desaparecido las diferencias observadas entre las áreas en las primeras encuestas.

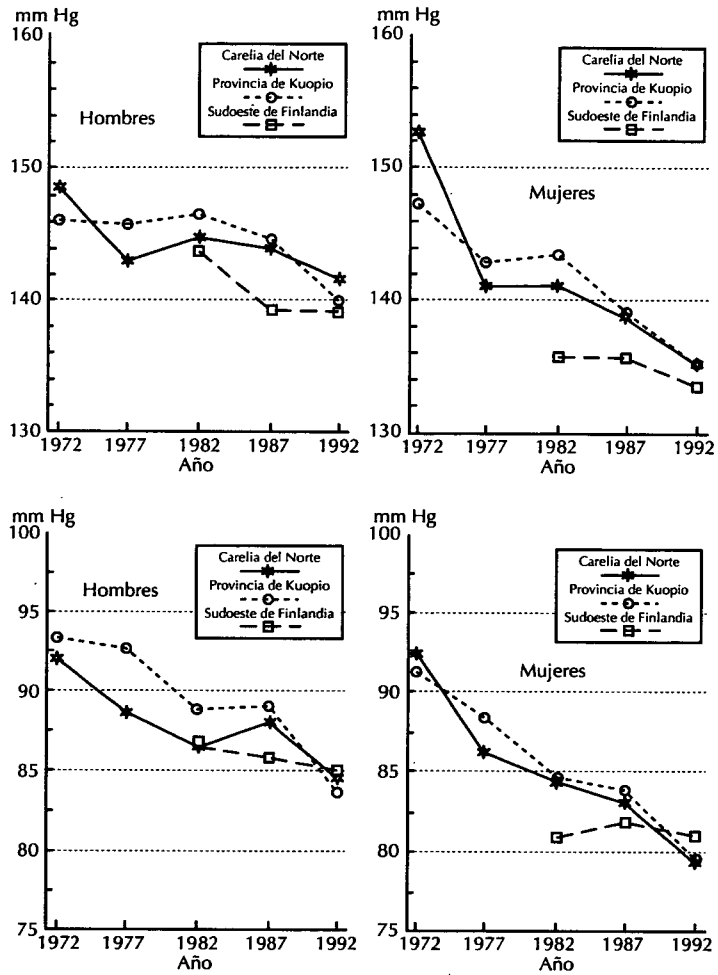
En las mujeres, la presión arterial sistólica descendió a lo largo de los 20 años de seguimiento, entre 1972 y 1992. En Carelia del Norte, la reducción fue de 11,3% (17,3 mm Hg) y en Kuopio, de 8% (11,7 mm Hg). Sin embargo, en la región sudoccidental de Finlandia, el descenso de la presión diastólica fue mucho menor. Las cifras de presión arterial sistólica de la población de Carelia del Norte, que inicialmente eran mucho más altas, cayeron por debajo de las de la provincia de Kuopio durante los primeros cinco años. En 1982, la prueba de Scheffé demostró diferencias significativas entre todas las zonas, diferencias que desaparecieron en el intervalo de 10 años hasta 1992.

La presión arterial diastólica también descendió durante el período de seguimiento posterior: 13,9% (13,9 mm Hg) en Carelia del Norte y 12,9% (11,5 mm Hg) en Kuopio. En la última encuesta, la presión arterial sistólica era, por primera vez, más baja en el este que en el sudoeste de Finlandia.

En Carelia del Norte, la proporción de personas con cifras de presión diastólica ≥ 95 mm Hg descendió de alrededor de 40% a 18% en los hombres y a 11% en las mujeres (cuadro 3).

Tabaco

El consumo de tabaco descendió más en Carelia del Norte que en Kuopio (cuadro 4). En 1972, 52% de los hombres de la primera fumaban, mientras que en 1992 lo hacían 32%. En Kuopio, el descenso fue de 49% a 37%. No se observaron cambios en la provincia sudoccidental. En 1992, Carelia del Norte tenía el menor índice de prevalencia de consumo de tabaco de las tres áreas. Hace 20 años, muy pocas mujeres fumaban, pero el consumo aumentó progresivamente desde alrededor de 10% hasta un 19% en ambas



ANOVA

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA					PRESIÓN ARTERIAL DIASTOLICA			
Hombres	1972–1977	1977–1982	1982–1987	1987–1992	1972–1977	1977–1982	1982–1987	1987–1992
Zona	n.s.	***	***	***	***	***	***	n.s.
Año	***	**	***	***	***	***	n.s.	***
Zona * Año	***	n.s.	*	*	***	**	*	***
Mujeres	1972–1977	1977–1982	1982–1987	1987–1992	1972–1977	1977–1982	1982–1987	1987–1992
Zona	***	***	***	**	n.s.	***	***	n.s.
Año	***	n.s.	***	***	***	***	n.s.	***
Zona * Año	***	n.s.	**	n.s.	***	**	*	***

*$P < 0,05$, **$P < 0,01$, ***$P < 0,001$
Nota: n.s. + no significativo

FIGURA 2. Valores medios de presión arterial sistólica y diastólica, por género, zona y año

CUADRO 3. Hipertensión sistólica y diastólica y valores medios de presión arterial de los sujetos de 30 a 59 años de edad

	Carelia del Norte					Provincia de Kuopio					Sudoeste de Finlandia		
	1972	1977	1982	1987	1992	1972	1977	1982	1987	1992	1982	1987	1992
Hombres													
Presión arterial sistólica 160 mm Hg+													
(%)	26	16	22	19	18	23	22	23	21	17	20	13	11
Media	148,6	142,9	144,7	143,9	141,5	146,0	145,7	146,5	144,4	140,1	143,6	139,2	139,2
DE	21,0	17,7	19,2	18,9	19,2	21,0	19,3	18,3	18,5	18,2	19,0	16,7	16,7
N°	1744	1765	1227	1139	521	2520	2607	1207	599	582	1231	566	562
Presión arterial diastólica 95 mm Hg+													
(%)	37	23	26	27	18	40	35	33	29	17	24	20	21
Media	92,0	88,6	86,7	88,1	84,6	93,3	92,6	88,9	89,1	83,8	86,7	85,9	85,2
DE	12,21	11,0	12,7	11,8	12,4	11,8	11,9	13,3	11,1	11,9	12,3	11,5	12,3
N°	1742	1764	1227	1139	521	2520	2607	1207	599	582	1231	566	562
Mujeres													
Presión arterial sistólica 160 mm Hg+													
(%)	36	17	19	17	14	29	20	20	17	13	14	13	11
Media	152,6	141,2	141,1	138,7	135,3	147,2	142,9	143,3	138,9	135,5	135,7	135,7	133,5
DE	26,0	21,0	19,7	20,6	20,9	25,5	22,1	22,3	20,5	21,7	20,0	21,1	19,4
N°	1887	1834	1267	1249	612	2621	2747	999	631	624	1293	614	612
Presión arterial diastólica 95 mm Hg+													
(%)	40	18	19	14	10	34	25	16	12	11	11	12	11
Media	92,4	86,3	84,5	83,2	79,5	91,3	88,4	84,8	83,9	79,8	81,0	81,9	81,2
DE	13,6	10,9	12,0	11,5	11,3	12,1	11,9	11,9	11,3	11,9	11,7	11,1	11,0
N°	1886	1834	1267	1249	611	2620	2747	999	631	624	1293	614	612

CUADRO 4. Proporciones de fumadores, ex-fumadores y nunca fumadores según género, año y zona de los sujetos de 30 a 59 años de edad

	Carelia del Norte					Provincia de Kuopio					Sudoeste de Finlandia		
	1972	1977	1982	1987	1992	1972	1977	1982	1987	1992	1982	1987	1992
HOMBRES													
Fumadores	52	44	36	36	32	50	44	42	41	37	39	38	39
Ex-fumadores	20	27	30	28	25	22	27	24	24	26	29	27	28
Nunca fumadores	28	29	34	37	43	29	28	34	35	37	32	34	33
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N°	1802	1733	1185	1157	517	2566	2557	1181	606	582	1198	576	562
MUJERES													
Fumadoras	10	10	15	16	17	11	12	15	15	19	22	23	23
Ex-fumadoras	2	5	8	12	13	3	6	8	11	14	11	13	15
Nunca fumadoras	88	85	77	73	70	86	82	77	74	68	67	64	62
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N°	1955	1824	1238	1274	612	2693	2729	986	636	622	1275	625	612

MODELO LOG-LINEAL

Carelia del Norte–Kuopio 1972–1982		
	Hombres	Mujeres
Tabaco* Área	***	*
Tabaco* Año	***	***
Tabaco* Área* Año	***	n.s.

Carelia del Norte–Kuopio–Sudoeste de Finlandia 1982–1992		
	Hombres	Mujeres
Tabaco* Área	**	***
Tabaco* Año	n.s.	n.s.
Tabaco* Área* Año	n.s.	n.s.

Nota: n.s. = no significativo.
* $P < 0,05$, ** $P < 0,01$, *** $P < 0,001$

zonas. Durante los últimos 10 años no se han observado cambios en el sudoeste de Finlandia (cuadro 4).

DISCUSIÓN

La reducción de los factores de riesgo cardiovascular en toda la población es una de las grandes prioridades de la prevención de las enfermedades crónicas en Finlandia. Ya se ha logrado una disminución notable de los valores medios de la presión arterial y del colesterol. En las encuestas más recientes, las desviaciones estándar del colesterol tienden a ser menores. Ello podría deberse al hecho de que la distribución global de los factores de riesgo se ha desplazado a un nivel más bajo, mientras que el descenso de los valores más altos ha sido mayor en términos absolutos. El mayor cambio de la desviación estándar de la presión arterial se produjo entre las encuestas de 1972 y 1977, cuando se inició el tratamiento medicamentoso a gran escala en todo el país. Al principio, los efectos de esta medida fueron más pronunciados en Carelia del Norte, donde la desviación estándar fue también la primera en caer.

El consumo de grasas saturadas era muy grande en Finlandia. Hace 10 años, alrededor de 20% de la ingesta energética procedía de estas grasas, mientras que las poliinsaturadas apenas se consumían. A finales de los años 1960, la dieta finlandesa era aún más aterogénica y las grasas saturadas contribuían 23% de la ingesta energética total (*19*). Los comportamientos de la población han experimentado ciertos cambios a este respecto, pues se ha pasado de la mantequilla a la margarina y de la leche entera a la leche descremada (*20*). Estos cambios corresponden al descenso del colesterol sérico. A principios del descenso de 1980 se encontraron indicios de que el descenso del colesterol podría estar estabilizándose, particularmente en los hombres. Durante ese decenio, si bien el consumo de las fuentes tradicionales de grasas saturadas, como la leche entera y la mantequilla, habían seguido disminuyendo, se había producido un aumento paralelo del de otros productos lácteos, como los quesos y otros derivados grasos de la leche (*20*). Ello podría explicar los pequeños cambios del colesterol sérico observados entre 1982 y 1987.

Durante ese período se publicaron los resultados positivos del ensayo sobre el colesterol de Lipids Research Clinics (*21*) y en los Estados Unidos se celebró la Conferencia Nacional de Consenso sobre el Colesterol. Ambos acontecimientos despertaron el interés por este tema y muchos otros países empezaron a planear actividades relacionadas con políticas de nutrición. En 1987, la Sociedad de Cardiología y la Asociación de Internistas de Finlandia ofrecieron sus recomendaciones para lograr niveles "normales" de colesterol en la población y los requisitos para la detección sistemática de los mismos. Según estas recomendaciones, el colesterol < 5 mmol/l (193 mg/dl) es "normal"; entre 5–6,5 mmol/l (251 mg/dl) es alto, y > 6,5 mmol/l es muy alto. Entre las recomendaciones destacaban la detección quinquenal en todos los adultos mayores de 20 años y la necesidad de que todos los ciudadanos conocieran sus cifras de colesterol. Estas recomendaciones aumentaron el interés de la población en los aspectos relacionados con el colesterol y la dieta, y la comunidad médica aceptó fácilmente las nuevas recomendaciones. Sin embargo, la industria láctea inició una gran campaña de publicidad contra la hipótesis del colesterol y puso en duda la supuesta acción de las grasas saturadas en la aterosclerosis. Todo ello contribuyó a incrementar la conciencia y el interés de los ciudadanos por la nutrición sana. La gran disminución de las concentraciones séricas de colesterol que se ha producido a lo largo de los últimos 5 años indica que la población tiende a confiar en la comunidad médica. En ese período, se redujo el consumo de grasas lácteas y subió el de aceites vegetales (*20*).

El porcentaje de fumadores disminuyó en mayor medida en Carelia del Norte que en la provincia de Kuopio. Asimismo, el des-

censo más rápido se dio en los años 1970. El principal signo del mismo fue el aumento de la proporción de ex-fumadores. Durante los años 1980, esta proporción ha permanecido estable o, incluso, ha ascendido, y la de los nunca fumadores ha aumentado. Evidentemente, el número de hombres jóvenes que comenzaron a fumar en los años 1960 y 1970 fue menor que en los decenios de 1940 y 1950. En 1992, y a causa del progresivo descenso de la tasa de participación, hicimos una encuesta especial, por teléfono y por correo, de los no participantes y pudimos comunicarnos con 50% de ellos. Encontramos tasas de fumadores de 38% en los participantes y de 53% en los no participantes. Por tanto, parte del descenso del consumo de tabaco podría deberse al descenso de la tasa de participación, particularmente en las encuestas más recientes. Sin embargo, no parece probable que la gran disminución de los primeros 10 años responda al mismo mecanismo. En los años 1970, se desarrollaron las grandes estrategias nacionales para combatir el hábito de fumar en Finlandia *(10)*. Se aprobó la legislación antitabaco y se hicieron numerosos debates sobre las medidas de control. El descenso general del hábito se asoció con estas actividades y el de Carelia del Norte, que fue mayor, tuvo relación con los programas especiales ejecutados en la provincia. En la actualidad, el Parlamento está discutiendo nuevas normas sobre el tabaco y muchos grupos están preparando nuevas actividades para reducir su consumo en Finlandia. Durante los próximos cinco años, podremos ver si todas estas medidas tienen éxito. Entre 1977 y 1982, el hábito de fumar había aumentado en la población femenina. La razón más importante fue que las adolescentes que habían adquirido el hábito en los años 1960 formaban ahora parte del grupo de edad estudiado. Casi todos los programas se habían dirigido a las mujeres de edad media y es probable que no tuvieran efecto alguno en las jóvenes. Desde entonces, se han hecho varios programas dirigidos a este segmento de la población *(22)* y parece que el ascenso del hábito de fumar está cediendo en las mujeres del este de Finlandia y se ha interrumpido en las del sudoeste del país.

El descenso de la presión arterial solo se explica en parte por la introducción de medicación antihipertensiva, ya que toda la distribución se ha desplazado hacia la izquierda. El índice de masa corporal se ha elevado, particularmente en los hombres, y el consumo de alcohol también ha aumentado, por lo que estos factores no permiten explicar el descenso de la presión arterial. El consumo de sal ha disminuido a lo largo de estos 10 años *(20)*, lo que puede haber contribuido. También es posible que el mayor uso de grasas poliinsaturadas haya reducido la presión arterial de la población de Finlandia *(23)*. El tamaño del manguito se cambió para la encuesta de 1982 por uno más amplio, lo que puede haber causado una sobrevaloración del cambio ocurrido entre dicha encuesta y la de 1977.

El proyecto de Carelia del Norte fue uno de los primeros proyectos de gran magnitud destinados a reducir la elevada mortalidad coronaria de Finlandia, que usó la provincia como un área de demostración nacional. Al principio (1972–1977), sus efectos se compararon con los de la provincia vecina de Kuopio. Durante los primeros cinco años y en los hombres, el descenso de la presión arterial y del colesterol fue mayor en Carelia del Norte que en el área de referencia y en el segundo período de cinco años, el consumo de tabaco también tuvo una disminución más pronunciada. Después, las tendencias de los factores de riesgo han sido aproximadamente iguales en ambas regiones. En 1982, las cifras de presión arterial y de colesterol seguían siendo más altas en la zona oriental del país que en la sudoccidental. Estas diferencias se han ido reduciendo a lo largo de estos 10 años y parece como si el perfil de factores de riesgo de Finlandia se estuviera haciendo más homogéneo. La fun-

ción del programa de demostración está cambiando. Hace 20 años, lo más importante era descubrir si sería posible cambiar el perfil de los factores de riesgo de toda una comunidad. Ahora, y gracias a muchos programas *(24)*, se sabe que es posible y la misión de los programas comunitarios ha pasado a ser la de desarrollar y probar las innovaciones para prevenir las enfermedades crónicas y servir como banco de pruebas para los profesionales de la promoción de la salud. El concepto de programa comunitario se ha extendido a la salud pública general. En muchos países, la estrategia nacional aplicada a la prevención de las enfermedades cardiovasculares se basa, al menos en parte, en los programas de demostración.

Hacia fines de los años 1970 y durante el decenio de 1980, en Finlandia se iniciaron muchas actividades nacionales para prevenir la cardiopatía isquémica. En consecuencia, Kuopio ha perdido su función original como área de control o de referencia. Para conseguir un cuadro más claro de la evolución de los factores de riesgo en todo el país, en 1982 se inició la vigilancia de una región sudoccidental y en la última encuesta de 1992 también se incluyó, por primera vez, el área metropolitana de Helsinki (la comunicación de estos resultados se hará por separado). Así pues, el sistema está evolucionando desde la evaluación del proyecto de Carelia del Norte hasta la vigilancia general de las tendencias nacionales.

En conjunto, nuestras experiencias indican que, a lo largo de los últimos 20 años, se ha producido un descenso importante de los factores de riesgo en Finlandia y que la mortalidad de origen coronario también ha experimentado una disminución notable *(14, 15)*. Los resultados demuestran que la actividad sostenida en el área de demostración de Carelia del Norte se asocia con la persistencia de los cambios iniciales y que los nuevos esfuerzos han traído consigo una disminución adicional de los factores de riesgo coronario.

REFERENCIAS

1. Keys A. *Coronary Heart Disease in Seven Countries.* Am Heart Assoc. Monograph No. 29, New York, 1970.
2. Puska P., Nissinen A., Tuomilehto J. *et al.* The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. Véase la pág. 99 de este libro.
3. Nüssel E., Scheidt R., Morgenstern W., Scheuermann W., Bergdolt H. Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit-Ansatze zur Korrektur. In: Morl, Dieham, Heusel, (eds). *45 Jahren Herzinfarkt- und Fettstoffwechsel-Forschung.* Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1988.
4. Feruglio G. A., Vanuzzo D., Di Muro G. *et al.* The Martignacco Project: A community study. Outlines and preliminary results after four years. *Giorn Arterioscl* 1983;2:207–17.
5. Fortmann S. P., Williams P. T., Hulley S. B. *et al.* Effect of health education on dietary behaviour: The Stanford Three Community Study. *Am J Clin Nutr* 1981;34:2030–38.
6. Heinemann L., Heine H., Eckstein M., Hellmund W. Project Schleiz—Nationales Demonstrationsprojekt befolkerungsweiter Prevention bei Herz-Kreislauf- und anderen nicht bertragbaren Krankheiten. *Z Klin Med* 1986;41:536–39.
7. Gutzwiller F., Nater B., Martin J. Community-based primary prevention of cardiovascular disease in Switzerland: methods and results of the National Research Project (NAP1A). *Prev Med* 1985;14:482–91.
8. Abramson I. H., Gofin R, Hopp C., Gofin J., Donchin M., Habib J. Evaluation of a community program for the control of cardiovascular risk factors: the CHAD program in Jerusalem. *Isr J Med Sci* 1981;17:201–12.
9. Tuomilehto J., Geboers J., Salonen J., Nissinen A., Kuulasmaa K., Puska P. Decline in cardiovascular mortality in North Karelia and other parts of Finland. *Br Med J* 1986;293:1068–71.
10. Leppo K., Vertio H. Smoking control in Finland: a case study in policy formulation and implementation. *Health Promotion* 1986;1:5–16.
11. *Nutrition Policy in Finland.* Country paper prepared for the FAO/WHO International Conference on Nutrition in Rome 1992. Helsinki: Helsinki University Printing House, Ministry of Agriculture and Forestry. Publication 1992;11.
12. Puska P., Salonen J. T., Nissinen A. *et al.* Change in risk factors for coronary heart disease during 10 years of a community intervention programme (The North Karelia Project). *Br Med J* 1983;287:1840–44.
13. Vartiainen E., Korhonen H. J., Pietinen P. *et al.* Fifteen-year trends in coronary risk factors in

Finland, with special reference to North Karelia. *Int J Epidemiol* 1991;20:651–62.
14. Tuomilehto J., Puska P., Korhonen H. *et al.* Trends and determinants of ischaemic heart disease mortality in Finland: with special reference to a possible levelling off in the early 1980s. *Int J Epidemiol* 1989;18:(Suppl. 1):S109–117.
15. Salomaa V., Arstila M., Kaarsalo E. *et al.* Trends in the incidence of an mortality from coronary heart disease in Finland, 1983–1988. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 1303–15.
16. Puska P., Tuomilehto J., Salonen J. *et al. Community Control of Cardiovascular Diseases: The North Karelia Project*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1981.
17. *SPSS Base System User's Guide*. SPSS Inc. 1990.
18. Pietinen P., Uusitalo U., Vartiainen E, Tuomilehto J. Dietary surveys of FINMONICA project in 1982. *Acta Med Scand* 1988;(Suppl.)728:167–77. Esta referencia no se cita en el texto original.
19. Koskinen E. H. *The Food Consumption and Nutrient Intake of Finns in 1967 to 1969*. Helsinki: Report of the Social Insurance Institute 1975;ML:6.
20. Pietinen P. Changing dietary habits in the population: the Finnish experience. In: Ziant G (ed.) *Lipids and Health*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V. (Biomedical Division), 1990, pp. 243–56.
21. Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results. 1. Reduction in incidence of coronary heart disease. *JAMA* 1984;251:351–64.
22. Vartiainen E., Tossavainen K., Viri L., Niskanen E., Puska P. The North Karelia Youth Programs. Véase la pág. 325 de este libro.
23. Iacono J. M., Puska P., Doughtery R. M. *et al.* Effect of dietary fat on blood pressure in a rural Finnish population. *Am J Clin Nutr* 1983;38:860–69.
24. Vartiainen E., Health G., Ford E. Assessing population-based programs to reduce blood cholesterol level and saturated fats. *Int J Technol Assess Health Care* 1991;7:315–26.

ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD

Ronald Labonte[1]

Hace diez años, la gran novedad de la salud pública era el "estilo de vida", un enfoque que pretendía detener el aumento de los costos de la atención de la enfermedad por medio del cambio dirigido de los comportamientos insanos individuales. El tabaco, la obesidad, la promiscuidad sexual, el abuso de sustancias psicoactivas y los Twinkies® (una marca de pasteles dulces) eran malos. Los Adidas® (una marca de zapatillas deportivas), los derechos de los no fumadores, el herpes y los alimentos ricos en fibras, bajos en calorías y en grasas estaban de moda.

Aunque el enfoque de la promoción de la salud basado en el estilo de vida sin duda ha logrado algunos éxitos y ha hallado un lugar en nuestra cultura popular, sus limitaciones resultan también cada vez más evidentes. La pobreza, la precariedad del empleo y la contaminación desempeñan un papel cada vez mayor en los problemas de salud de nuestra sociedad y estamos empezando a comprender que ni los estilos de vida ni la epidemia actual de enfermedades crónicas pueden considerarse como hechos aislados y separados de nuestras estructuras políticas, sociales, económicas e industriales.

Por tanto, no debe sorprendernos la aparición de una "nueva" retórica de la promoción de la salud. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud *(1)* y el trabajo *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion* (Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud [2]), preparado por Salud y Bienestar del Canadá en 1986, nos desafían a "reducir las desigualdades ante la salud" y cubrir prerrequisitos para la salud tales como "paz, vivienda, alimento, salario, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad".

Aunque es estimulante que nuestros problemas de salud socioambientales adquieran tal relevancia, debe perdonarse a los profesionales de la salud pública que se pregunten "¿Y qué?". Es agradable hablar del creciente poder de las comunidades y de diseñar políticas saludables, pero ¿cómo puede trasladarse esta retórica a la realidad de los programas?

El resto de este artículo intentará responder a esta pregunta destacando un "modelo de planificación de promoción de la salud comunitaria" que fue desarrollado durante una estancia en el Instituto Lincoln de Ciencias de

Fuente: *Health Promotion*, 1987 (summer). Se publica con permiso de la Oxford University Press, Oxford, Inglaterra.

[1]Profesor de la Salud de la Comunidad, Departamento de Salud Pública, Ayuntamiento de Toronto, Toronto, Canadá. (Las opiniones expresadas en este artículo corresponden al autor y no reflejan necesariamente las del Departamento de Salud Pública de Toronto.)

la Salud de Melbourne, Australia, en 1986. Este modelo constituye una guía fluida para la planificación que identifica ciertas estrategias utilizables como "puente" entre la nueva teoría de la promoción de la salud y su práctica. Muchas de esas estrategias son ya conocidas, sin embargo, su eficacia como parte de un programa de promoción de la salud depende de la medida en que se refuerzan unas a otras.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Como profesionales de la salud, la primera pregunta a que nos enfrentamos es: ¿qué *es* exactamente un problema de salud y quién debe definirlo?

Durante un taller que trataba del modelo de planificación de la salud de la comunidad, se pidió a los participantes que indicaran los tres problemas de salud más importantes de sus comunidades respectivas. Sus respuestas pudieron clasificarse en tres grandes categorías: médicos, de salud pública y socioambientales. Estos tres "paradigmas" pueden ser categorizados como sigue:

- *Médico.* Comienza con la existencia de un problema. Se basa en la enfermedad. Las acciones suelen consistir en tratar los síntomas, erradicar la enfermedad y o prevenir que el proceso se agrave.
- *De salud pública.* Previene el comienzo del problema. Se basa en la conducta. Las acciones suelen consistir en promover los comportamientos saludables, empezando en etapas tempranas del "ciclo vital" (por ejemplo, programas de prevención del hábito de fumar en la escuela primaria). Trata de personas "sanas" e intenta prevenir que enfermen.
- *Socioambiental.* Intenta crear entornos sociales y físicos que favorezcan la salud y el bienestar de los individuos. Se orienta hacia el cambio social ("políticas públicas saludables") y es la dirección que están siguiendo los profesionales de la salud pública con la "nueva" promoción de la salud. Las acciones se basan en la comunidad, a menudo abarcan medidas políticas y no dependen solo de los profesionales de la salud.

Como es lógico, los profesionales de la medicina y los trabajadores de salud que acudieron al mencionado taller se inclinaban a pensar que las enfermedades eran el problema principal; los profesionales de la salud pública

CUADRO 1. Principales problemas de salud según el paradigma de la salud pública

Médico	De salud pública	Socioambiental
Enfermedades de transmisión sexual	Consumo de tabaco	Pobreza
Cardiopatías	Abuso de sustancias	Desempleo
Hipertensión	Toxicomanías	"Estrés"
Diabetes	Abuso de alcohol	Contaminación
Obesidad	Malnutrición (hábitos alimentarios deficientes)	Amenaza nuclear
Enfermedades mentales (depresión, ansiedad)	Falta de ejercicio físico/ forma física	Carencia de vivienda/ desarraigo
Hambre (desnutrición aguda)	Deficiente manejo del estrés	Envejecimiento de la población
Enfermedades infecciosas	Sexo "poco seguro"	Violencia familiar
Hepatitis B	Embarazo adolescente	Condiciones de vivienda y trabajo peligrosas
Infestaciones por cucarachas	Escasa capacidad de los padres	Agresión conyugal
Artritis	Suicidio	Aislamiento, soledad
Accidentes (traumatismos)		
Sida		

NOTA: Estos paradigmas no deben ser considerados como elecciones "sí o no". Lo importante es el desplazamiento de nuevos recursos desde la atención médica hacia la salud pública y los paradigmas socioambientales.

daban gran valor a los comportamientos saludables, y los trabajadores comunitarios creían que las condiciones sociales, como la pobreza y el desempleo, eran las dificultades más importantes.

Sin embargo, en el modelo de planificación de la promoción de la salud comunitaria, son las *comunidades* las que definen sus problemas y preocupaciones. De hecho, el primer paso hacia el "empoderamiento" de la comunidad es devolverle el poder de definir.

El personal del Departamento de Salud Pública de Toronto trabajó durante varios años en un proyecto de nutrición para hijos de madres que no recibían apoyo familiar en el complejo de viviendas sociales Regent Park de la ciudad. La forma en que la salud pública ha enfocado tradicionalmente la prevención de la malnutrición en los receptores de subsidios sociales habría consistido en desarrollar buenos programas de educación sobre nutrición, presentando sugerencias de bajo costo para adquirir y preparar los alimentos. Sin embargo, estas mujeres querían un huerto comunitario, un concepto de "manos a la obra" que hizo surgir numerosas actividades relacionadas con la alimentación.

Las mujeres habían definido su problema, que no era la falta de conocimientos sobre nutrición, sino la falta de control sobre sus condiciones de alimentación y vivienda en general. El Departamento de Salud Pública respaldó la definición y las participantes no tardaron mucho en comprender que debían emprender sus propios programas de educación sobre adquisición y preparación de alimentos baratos.

En general, la respuesta inicial de un organismo de salud ante un problema definido por la comunidad suele ser estudiar su relación con la salud pública. Ello puede suponer la ejecución de un estudio epidemiológico formal o el respaldo a los grupos de la comunidad para que efectúen su propia "epidemiología de a pie", una estrategia muy popular entre los educadores de salud de los Estados Unidos *(3)*.

¿En qué momento, sin embargo, puede decirse que las pruebas epidemiológicas son suficientes para merecer la acción y la participación de la salud pública? Ello depende, en parte, del marco de planificación adoptado.

En la actualidad, los profesionales de la salud y los organismos responsables defienden uno de estos tres modelos de planificación, cada uno basado en una "ideología" o visión del mundo distinta *(4)*.

El marco "neutralista" dominante supone que el poder está distribuido por igual entre los distintos sectores sociales; el papel del organismo de salud consiste en actuar de mediador entre grupos que tienen intereses contrapuestos.

El marco "defensivo", implícito en la nueva filosofía de la promoción de la salud, supone que la sociedad es igualitaria por naturaleza, pero que ciertos grupos han adquirido más poder que otros. En consecuencia, el papel del organismo consiste en intervenir en defensa de los menos poderosos.

Aunque el marco "activista" adopta un enfoque hasta cierto punto semejante, se basa en la suposición de que las estructuras socioeconómicas no son, por naturaleza, igualitarias. El objetivo a largo plazo consiste en cambiar estas estructuras, no solo las condiciones a que dan lugar.

DESARROLLO DE UNA POLÍTICA

Una política es un consenso sobre las ideas que constituyen el fundamento de la acción. Supone la toma de decisiones a los niveles internacional y nacional ("macro"), a los niveles provincial y municipal ("meso") y a los niveles de la unidad u organismo de salud individuales ("micro"). En general, la participación de los profesionales de la salud en el desarrollo de políticas a los niveles macro y meso adopta la forma de iniciativas de defensa. Por el contrario, el desarrollo de políticas a nivel micro es a menudo un paso esencial en la ejecución de un programa de promoción de la salud de base comunitaria.

Una política debe contener por lo menos

tres tipos de declaraciones. La primera es la declaración de la *misión*, una definición amplia de los objetivos a cumplir que precede al desarrollo de los programas. Obsérvese que esta declaración suele ser más fácil de hacer que de mantener. Por ejemplo, la declaración de misión del Departamento de Salud Pública fue "hacer de Toronto la ciudad más sana de Norteamérica".

También debe existir una directiva de *acción*, un compromiso de aportación de fondos, personal o ambos por el organismo patrocinador. El informe de intención política del Departamento *Housing and Health: Public Health Implications of the Crisis in Affordable Housing* (1984) afirmaba que el personal del Departamento debía participar en "todos los comités y grupos de trabajo implicados en las políticas de vivienda".

En este mismo informe, se recomendaba que el personal "ayude a los grupos comunitarios que deseen desempeñar un papel activo en la resolución de sus problemas de vivienda". Este es el tercer tipo de declaración: la declaración de *permiso*, gracias a la cual el personal puede trabajar activamente junto a los colectivos comunitarios para desarrollar enfoques de base amplia a fin de resolver los problemas medioambientales de salud. Las declaraciones de *permiso* cumplen la doble misión de autorizar y proteger al personal del organismo o departamento cuya ayuda puede ser considerada necesaria por los grupos involucrados en proyectos definidos por la comunidad.

PROMOCIÓN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El término "promoción en los medios de comunicación" puede referirse a la producción de materiales tales como folletos y carteles o a la organización de ferias, exhibiciones, acontecimientos y meses especiales, y campañas o actividades de relaciones públicas. La promoción, aunque en cierto modo afín a la educación para la salud, no suele implicar la participación de los grupos. Por otra parte, mientras que la educación para la salud aumenta la capacidad del individuo para analizar y entender un aspecto de la salud, la promoción en los medios de comunicación sirve para incrementar la toma de conciencia de la población general.

En la nueva promoción de la salud, el desarrollo de la comunidad es clave para la promoción en los medios de comunicación. Cuando una comunidad de Toronto definió el desempleo como problema, el Departamento de Salud Pública solicitó la opinión de todos los grupos que trabajaban en este campo para establecer las necesidades. Una vez obtenidos los resultados, el Departamento se encargó de concientizar a los médicos acerca de los efectos del desempleo en la salud y de motivarlos para que dirigieran a sus pacientes desempleados a los grupos de autoayuda, grupos de acción política u organismos asesores. También se hizo una campaña de envíos postales dirigida a una submuestra de los médicos generales de Toronto, incluyendo un folleto (preparado en cooperación con los organismos que se ocupan del desempleo) para subrayar la necesidad de romper el ciclo de aislamiento y sensación de culpa que tan a menudo se encuentra en estas personas.

Los médicos y los organismos pertinentes evaluaron la eficacia del proyecto y sus comentarios sirvieron de base para un folleto más largo, dirigido directamente a las personas desempleadas, que se incluyó en el segundo envío. Este folleto trata de los factores políticos y económicos causantes de la cesantía (para reducir al mínimo la sensación de culpa) y recomienda las medidas de acción política como método para que la persona desempleada conserve su sensación de control y, por extensión, permanezca física y mentalmente sana.

Las iniciativas del Departamento en relación con el desempleo son voluntariamente modestas, pero permiten cubrir vacíos de servicio e información identificados por los grupos comunitarios. Gracias a la cooperación con estos grupos, los organismos de salud pueden dividir los grandes problemas so-

cioambientales en segmentos más pequeños y manejables.

Las madres sin apoyo familiar que organizaron el proyecto de nutrición de Regent Park utilizaron los medios de comunicación para reducir la sensación de culpa típica de las personas que carecen de poder. Se habían cansado de las historias que caracterizan a los receptores del subsidio social como desamparados sin remedio. Estaban hartas de los relatos periódicos que intentan "demostrar" que los subsidios bastan "si uno lo intenta de verdad" mediante la descripción de esas familias que dedican todas sus horas de vigilia a buscar los saldos, comprando los productos dañados y el pan del día anterior. Ambas imágenes crean estereotipos negativos de los receptores del subsidio social: apáticos e incapaces de cambiar, o demasiado perezosos y protegidos por "las limosnas del gobierno" para intentar llegar a fin de mes.

Para proporcionar una imagen más positiva de las madres sin apoyo familiar, las organizadoras del proyecto desarrollaron una sofisticada estrategia dirigida a los medios de comunicación. Ahora, los políticos y periodistas de televisión, radio y prensa son invitados a todas las inauguraciones y cosechas de los huertos comunitarios y se han establecido normas para trabajar con los medios de comunicación. Con los años, se ha logrado dar a conocer docenas de historias positivas sobre el proyecto.

Este ejemplo ilustra un enfoque de la promoción en los medios de comunicación que a menudo pasa inadvertido: es mucho más barato proporcionar historias nuevas sobre temas de salud que adquirir costosos espacios publicitarios. Para los profesionales de la salud, la tarea podría consistir solo en comer de vez en cuando con un periodista local.

Una buena relación de trabajo con la prensa puede producir enormes beneficios. Hace algunos años, el programa de planificación familiar del Departamento de Salud Pública pretendió utilizar como objeto promocional una taza de café con mensajes pertinentes para incrementar el uso de preservativos en las personas sexualmente activas. Aunque la taza nunca fue presentada oficialmente, fue noticia de primera página durante una semana cuando la prensa se enteró y la divulgó con grandes titulares. En todo Canadá, e incluso en Europa, la televisión, la radio y los periódicos repitieron la historia y proporcionaron a la anticoncepción más publicidad de la que el Departamento podría haber financiado en 10 años.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud puede dividirse en tres campos generales: la escuela, la comunidad y la educación profesional. En esta ocasión nos referimos particularmente a las dos últimas y, sobre todo, al enfoque conocido como "educación popular".

La educación popular surgió en los años cincuenta de la mano del educador brasileño Paulo Freire y sus colaboradores, que intentaron alfabetizar a las oprimidas poblaciones rurales del país *(5)*. La enseñanza tenía lugar muchas veces en la propia calle, en los mercados o en las granjas. A lo largo de los años sesenta y setenta, el método de Freire llegó a asociarse con los movimientos de masas que buscaban la justicia social y el cambio político en América Latina.

En el Canadá, el interés por la educación popular comenzó a extenderse en los años setenta entre los interesados por el desarrollo internacional, alcanzando la esfera de la salud aproximadamente en la época en que se inició la revisión crítica de los "estilos de vida" *(6, 7)*.

Considerada como un proceso continuo, la educación popular se basa en la participación activa, rompe la polaridad "maestro-alumno", evita la manipulación de los expertos y destaca la naturaleza colectiva del aprendizaje. Además y sobre todo, subraya la necesidad del cambio social como forma de alcanzar la salud básica.

El perfil organizativo de los talleres patrocinados por la Asociación de Salud Pública

CUADRO 2. Marcos de planificación

Tema: un grupo de ciudadanos se opone a la fumigación de plaguicidas

Neutralista	Defensivo	Activista
• supone que los ciudadanos, las empresas que proponen el programa de fumigación y el gobierno tienen fuerzas similares	• supone que los ciudadanos tienen menos poder que los otros implicados	• supone que las estructuras políticas y económicas permiten la acumulación de poder por la élite corporativa
• destaca los estudios científicos y los análisis de riesgo/beneficio	• destaca el "consentimiento informado" de los ciudadanos, la financiación de las demandas interpuestas por los ciudadanos ante la justicia y los enfoques especiales de mediación	• destaca la necesidad de formar grandes coaliciones para defender los cambios de la agricultura, la silvicultura y los monocultivos que necesitan plaguicidas
• supone que los herbicidas son necesarios en la sociedad actual	• pone en duda la necesidad de los plaguicidas; aplica la duda científica a la salud humana	• desafía el mantenimiento a largo plazo de la producción agrícola y silvícola; supone que los beneficios económicos son el motivo fundamental del uso de plaguicidas

de Ontario demuestra la dinámica de la educación popular *(8)*. En estos talleres se emplea un formato de planificación conocido como "telar de aprendizaje", cuyo eje horizontal está formado por las metas, objetivos, actividades y recursos, mientras que las experiencias de los participantes, el análisis y los planes de acción constituyen el eje vertical. La meta consiste en aumentar la capacidad de los profesionales de salud para trabajar eficazmente en temas de salud socioambiental y para ello se utilizaron distintas técnicas de educación popular, comprendidas las siguientes:

- sociodrama (después de discutir ampliamente sobre las contradicciones a que se enfrentan los profesionales en el campo de la promoción de la salud, los participantes crearon una pequeña obra de teatro para representar su dilema);
- dibujo en grupos (en este caso, los grupos dibujaron grandes representaciones pictóricas de los problemas sociosanitarios identificados y de sus posibles soluciones);
- escultura (numerosos participantes adoptaron distintos papeles como parte del tema analizado, ilustrando las respectivas relaciones de poder en forma de escultura humana masiva).

Las técnicas de educación popular comprenden también ensayos fotográficos, diapositivas, actuaciones, pantomimas y canciones (una madre que fuera cabeza de familia en Toronto, participante activa en la formación del Grupo de Madres de Regent Park, emplea canciones escritas colectivamente como estrategia para organizar la comunidad).

Puesto que estos enfoques han surgido en poblaciones de escasa formación académica, se basan menos en la palabra que los métodos convencionales de educación de adultos. No obstante, para los profesionales de la salud su

valor real radica en el hecho de que son divertidos y promueven formas alternativas de analizar los problemas sociales más complejos, con independencia del nivel de escolarización del grupo involucrado.

En un ejercicio utilizado durante el taller sobre el modelo de planificación de la promoción de la salud en la comunidad, los participantes hicieron una "visita turística" en la que se les pidió que construyeran su comunidad sana ideal. Se hicieron pequeños grupos que contribuyeron con sus ideas a dibujos colectivos y estos sirvieron como núcleos para la discusión de los *valores de salud*. Con ello, se logró obtener cierto sentido de solidaridad entre los participantes y cierto grado de consenso acerca de los valores antes de llegar a la fase de análisis político y económico riguroso. Así, cuando surgían las discusiones más agrias, por ejemplo, sobre la importancia relativa de la economía capitalista en la creación de la pobreza, los participantes podían volverse hacia su comunidad ideal y hacia los valores compartidos. Las diferencias políticas pasaron a ser menos un aspecto del concepto de sí mismo (con la consiguiente defensa enérgica de las posiciones) y más una cuestión de buscar la mejor estrategia para conseguir los objetivos colectivos.

Aunque la educación popular es solo un enfoque de la educación para la salud, el valor que otorga al empoderamiento de las comunidades y a la creación de entornos sociales y físicos más saludables hacen de ella un instrumento de gran utilidad en los programas de promoción de la salud dirigidos a "potenciar" las comunidades.

ABOGACÍA DE LA SALUD

En líneas generales, la abogacía de la salud puede plantearse de dos maneras: como una legislación que promueve la salud y como la formación de grupos de poder que pretenden influir en la creación de políticas saludables. Va dirigida casi siempre a los niveles más altos del gobierno y pretende educar a los encargados de tomar las decisiones acerca de algunos aspectos específicos, con el fin de que las decisiones políticas contribuyan a mejorar la salud de la población general.

Desde la perspectiva legislativa, el Departamento de Salud Pública ha llevado a cabo dos iniciativas de abogacía de la salud. La primera consistirá en promulgar un proyecto de ley sobre el "derecho a saber", para que los trabajadores y la población general tengan acceso a los nombres y efectos conocidos de las sustancias industriales potencialmente peligrosas que se utilizan en Toronto. En los Estados Unidos se han tomado ya iniciativas similares, así como en por lo menos otra ciudad canadiense, Windsor. Estas leyes del "derecho a saber" han sido exigidas desde hace mucho tiempo por los trabajadores y los sindicatos, por los ecologistas y por las organizaciones comunitarias. Todos estos grupos, al igual que los representantes empresariales, tomaron parte en el largo proceso de discusión que condujo a elaborar este proyecto de ley.

Una segunda iniciativa legislativa reducirá significativamente el consumo de tabaco en los centros de trabajo de la ciudad de Toronto, ya que se exigirá que en todas las empresas se establezcan políticas relacionadas con el hábito de fumar que beneficien a los no fumadores en caso de desacuerdo.

La formación de grupos de poder, la otra modalidad de abogacía de la salud, es una estrategia utilizada cada vez con mayor frecuencia por los organismos y departamentos responsables de la salud pública. Con ella pueden demostrarse los lazos existentes entre los problemas de salud derivados del estilo de vida y los factores socioambientales, tales como la política gubernamental sobre el tabaco.

La nueva Carta y Marco de la Promoción de la Salud sugería la necesidad de que los profesionales de la salud formaran parte activa de una amplia gama de organizaciones, incluyendo los grupos de ciudadanos y las coaliciones y los grupos que defienden el bienestar social. Ello ayudaría a dar a los problemas definidos por la comunidad una orien-

tación basada en la salud y también ampliaría la base de apoyo institucional que demanda el cambio social.

La abogacía de la salud significa "tomar postura" ante un tema. En 1983, llegó a oídos de la Junta de Salud de Toronto que un grupo de ciudadanos de Nueva Escocia estaba intentando impedir la fumigación de los bosques con los herbicidas 2,4-D y 2,4,5-T, que pueden estar contaminados con dioxinas. Los miembros de la Junta acababan de visitar el vertedero de residuos tóxicos del río Niágara, de los que al menos uno estaba filtrando mínimas cantidades de dioxina al lago Ontario. Toronto ya había prohibido el uso de 2,4-D en los parques de la ciudad (excepto para controlar el zumaque venenoso), con el argumento de que los riesgos potenciales para la salud eran mayores que los supuestos beneficios del control de las malas hierbas. Por tanto, parecía lógico que la Junta de Salud tomara parte activa en la oposición a los herbicidas de Nueva Escocia.

En dos ocasiones, la Junta de Salud adoptó posiciones enérgicas a favor de los ciudadanos y en contra de la política del Gobierno de Nueva Escocia. Hasta aquel momento, ninguna instancia gubernamental se había pronunciado al respecto, por lo que la iniciativa recibió una amplia cobertura en la prensa regional. Aunque discutida, la postura de la Junta proporcionó a los grupos de Nueva Escocia un gran apoyo moral. Al mismo tiempo, la Junta y el Departamento de Salud Pública reunieron 10.000 dólares para contribuir a financiar los costos legales de la demanda de los ciudadanos contra la empresa forestal y aprovecharon la oportunidad para aumentar la conciencia de la población acerca de la salud medioambiental.

Quizás la función más importante de esta forma de abogacía de la salud consista en *legitimar* los esfuerzos y preocupaciones de los grupos comunitarios que de lo contrario podrían ser desdeñados como "marginales" por los medios de comunicación o por los funcionarios del gobierno.

DESARROLLO COMUNITARIO

El desarrollo comunitario es la espina dorsal de la promoción de la salud comunitaria. En el siglo XX, ha adoptado dos modalidades fundamentales. Aunque ambas tienen sus raíces en América, han influido la organización de las comunidades en todo el mundo. La primera se inspira en Saul Alinsky, el organizador de Chicago, mientras que la segunda se basa en la teoría de la educación popular de Paulo Freire *(9)*.

Alinsky definió la "comunidad" en términos fundamentalmente geográficos y promovió las confrontaciones "ellos y nosotros" en las que "ellos" eran todas las personas ajenas al grupo organizado o que residían fuera del área geográfica. Para él, los grupos debían organizarse para tratar un solo tema, por lo que desconfiaba de las coaliciones con otros grupos. Su técnica suponía el desarrollo de "líderes naturales" en las iglesias, sindicatos y otros grupos, formando una gran "organización de organizaciones" con un único fin y "dibujando el retrato" del problema comunitario. Así, la "pobreza" podía encarnarse en un determinado político u hombre de negocios que tuviera los recursos y la capacidad para modificar, de hecho, las condiciones de la "comunidad".

Por otra parte, para Freire, la "comunidad" se define ante todo en términos de concurrencia de intereses. Su enfoque de la "educación popular" se basa en un análisis sofisticado de la opresión que toma en consideración las grandes políticas de género y clase. Favorece la formación de coaliciones y promueve la idea de trabajar simultáneamente en muchos temas. Además, estimula el desarrollo de la capacidad de análisis crítico en los involucrados en los grupos de base comunitaria.

Ambos enfoques tienen sus ventajas e inconvenientes y la tendencia actual consiste en combinar lo mejor de uno y otro. Aunque el estilo de confrontación de Alinsky puede ser preferible en muchos casos, a menudo coloca a los profesionales de la salud en la incómoda

posición de actuar como intermediarios entre los que tienen el poder (por ejemplo, los organismos gubernamentales) y los que carecen de él.

Existe un tercer enfoque, propio del Canadá, que utiliza el cine como método para ayudar a las comunidades a organizarse a sí mismas. Como respuesta a la reciente emigración a Toronto de muchos refugiados de Centroamérica, el Departamento de Salud Pública ha hecho una película titulada *Salud,* en la que se muestra a los recién llegados discutiendo los problemas de salud de sus países de origen (incluyendo, a menudo, la tortura) y los vividos en el Canadá. *Salud* se usó para reunir a los miembros de las comunidades hispanoparlantes a fin de explorar las causas de sus problemas actuales y de buscar posibles soluciones.

Durante los últimos años, este mismo proceso ha ayudado a crear varios grupos comunitarios que han conseguido éxitos tales como:

- desarrollar una propuesta para un Centro de Salud Multicultural, bicultural, bilingüe y de servicios múltiples, mediante la alianza de las comunidades portuguesa, checa, coreana, salvadoreña, vietnamita, canadiense nativa y rusa.
- participar en la formación de una Coalición de Salud Multicultural que ha producido materiales de información sobre salud en 12 idiomas y ha patrocinado conferencias sobre temas de salud multiculturales, y
- formar un grupo de poder para influir en el gobierno regional a fin de que levante las limitaciones del acceso a la atención de salud de inmigrantes y refugiados.

El Departamento de Salud Pública dispone de ocho funcionarios de salud comunitaria, varios consultores sobre educación y trabajadores multiculturales, cuyas tareas incluyen expresamente el desarrollo comunitario. Sin embargo, son muy pocos los profesionales de salud que disponen del tiempo y de la capacidad para trabajar como organizadores de la comunidad. Su misión fundamental al respecto consiste en facilitar, más que en iniciar; son recursos a los que pueden acudir los grupos comunitarios *que se organizan a sí mismos* en torno a un tema o problema de salud. Este fue básicamente el papel desempeñado por el Departamento en el desarrollo del proyecto de Regent Park, que había definido como uno de sus objetivos la necesidad de "desmontar el estereotipo de que las madres sin pareja son incapaces de hacer algo constructivo para mejorar su situación".

Este proyecto se inició en el verano de 1984. Como parte de sus actividades estivales, el grupo de madres (Regent Park and Area Sole Support Mothers Group, RPASSMG) y un graduado en nutrición organizaron una serie de actividades de desarrollo comunitario relacionadas con la alimentación. Como parte de las mismas, se creó un huerto comunitario, se visitaron granjas agrícolas para "recoger lo que se necesite", se hizo un estudio de viabilidad sobre una cooperativa alimentaria, se organizaron cenas de participación de la comunidad y se hizo una encuesta sobre conocimientos de nutrición que reveló que la ausencia de tales conocimientos no era un factor importante en la pobreza de las dietas de estas familias.

Cuando se les pidió su apoyo, los departamentos gubernamentales, fundaciones, empresas y ciudadanos particulares donaron alimentos para la "ceremonia de inauguración" del huerto y para las celebraciones de la cosecha, así como tierra de jardín, azadones rotatorios, estiércol, semillas y plantas. Al mismo tiempo, una subvención federal permitió la contratación de siete trabajadores, tres de los cuales eran cabezas de familia y único sostén de la misma.

Durante el segundo año de actividad del proyecto, las participantes pudieron seguir un programa de formación sobre cultivo orgánico intensivo, organizado por el Departamento de Salud Pública y el Departamento de Parques y Jardines de Toronto y realizado por la Organización de Cultivadores Orgánicos de Canadá. El huerto, ahora en su cuarto año de producción, es cultivado normalmente por 10

a 20 madres y sus productos son gratuitos para todas las que trabajan en él.

Todos los veranos se celebran tres o cuatro cenas comunitarias, a las que acuden más de 100 personas. Estas ocasiones se aprovechan para presentar formas de preparar alimentos nutritivos y de bajo costo y para experimentar los distintos tipos de comidas (por ejemplo, vegetariana) y cocinas étnicas que reflejan la composición multicultural del barrio. Las cenas "étnicas" permiten acceder a las mujeres inmigrantes recién llegadas y aliviar las tensiones raciales de Regent Park.

Las excursiones a las granjas agrícolas para "recoger lo que se necesite" se han convertido en la gran actividad veraniega de cientos de madres y de sus hijos, pues les proporcionan la oportunidad de abandonar la ciudad, disfrutar de una ocasión social placentera y comprar frutas y verduras frescas y baratas.

Este proyecto, que representa un enfoque a nivel micro de un problema de nivel macro, como la pobreza, el desempleo y el elevado costo de los alimentos, ha inspirado otros tres del mismo tipo en el área metropolitana de Toronto y uno más en Ottawa. Para ayudar a otros grupos interesados, el personal del proyecto ha diseñado un manual de organización que cubre todos los aspectos de la misma, desde el desarrollo del huerto y la preparación de algunas recetas étnicas de gran aceptación o la elección de las mejores granjas agrícolas, hasta la forma de influir en políticos y fundaciones para obtener dinero y servicios gratuitos de transporte y relacionarse con los medios de comunicación.

DESARROLLO ECONÓMICO COMUNITARIO

Casi todas las actividades de desarrollo comunitario están orientadas a mejorar la igualdad de *consumo*. Ayudan a los grupos marginales o menos poderosos a obtener una cuota mayor de los recursos estatales que llegan a la población a través de los programas de bienestar social. Estos programas constituyen el esfuerzo del gobierno por redistribuir la renta, la riqueza u otras formas de seguridad social *a posteriori*, o sea después de que la renta y la riqueza hayan sido generados para empezar.

El desarrollo económico comunitario es una forma de incrementar el control de la comunidad sobre la *producción* económica real. Su propósito es mejorar la calidad de vida de la comunidad a través del desarrollo de empresas que cubran las necesidades sociales y materiales, generen empleo, creen una riqueza que permanezca en la comunidad y favorezcan la confianza de los ciudadanos en sí mismos *(10)*.

El desarrollo económico comunitario tiene sus orígenes en el movimiento cooperativo británico de comienzos del siglo XIX, cuando los reformadores sociales buscaban alternativas viables a la gran explotación que trajo consigo la industrialización. En la actualidad, sigue siendo una "tercera vía económica", ni capitalista ni socialista, sino una mezcla de la energía empresarial de la primera y de la responsabilidad colectiva y la preocupación social de la segunda. Casi todos los proyectos de desarrollo económico comunitario suponen alguna forma de cooperativa de trabajadores y, aunque en Canadá hay pocas cooperativas de "producción" a gran escala, en Europa continental y Gran Bretaña hay muchas que funcionan muy bien.

En Canadá hay más de 200 de estos proyectos, casi todos ellos en comunidades rurales. El mayor y más conocido es New Dawn Enterprises, una corporación de desarrollo comunitario de Sydney, Nueva Escocia, creada en 1976 como organismo paraguas sin fines de lucro para cubrir las necesidades económicas, culturales y sociales de los residentes de la isla de Cape Breton. Comenzó con una financiación inicial de 30.000 dólares aportados por el Departamento de Salud y Bienestar Social y 100.000 dólares de créditos privados, y actualmente dispone de fondos superiores a 12 millones de dólares, controla 7 millones de propiedades comerciales y residenciales y gestiona varios proyectos de viviendas protegidas, incluso una residencia para la tercera

edad con 27 camas. También mantiene dos hogares de grupo y tres clínicas dentales y ayuda a financiar nuevas empresas comunitarias *(11)*.

De igual modo, una Sociedad de Asesoramiento para Empleo Comunitario creada en 1975 en Nanaimo, Columbia Británica, cuenta ahora con una piscifactoría de salmones, una granja avícola, empresas de aviación y explotación maderera, un vivero y varias guarderías y ópticas. La villa de York, en Ontario, creó en 1978 una corporación de desarrollo económico comunitario que entre 1981 y 1984 aumentó sus ingresos anuales de 2.000 dólares a más de 2 millones, con actividades tales como la renovación de los edificios antiguos por jóvenes que abandonan la escuela antes de graduarse; la operación de un servicio de trabajo temporal que proporciona empleo a los alumnos de una escuela para adultos, la creación de una guardería y un centro de educación preescolar dirigido por 10 padres y madres, y una compañía multicultural de teatro y de ópera comunitaria *(12)*.

Aunque estas empresas fueron creadas para cubrir objetivos sociales, más que de salud, su impacto en la salud es evidente. Producen trabajo y, por tanto, aminoran los efectos de la pobreza y del desempleo. Fortalecen a las comunidades, a las que a menudo proporcionan servicios sociales de los que de otro modo no dispondrían. En algunos casos ofrecen viviendas a precios razonables. Su carácter cooperativo reduce los niveles de estrés laboral y, por extensión, los riesgos laborales. Además, el hecho de que deban justificarse ante la comunidad aumenta las posibilidades de que respeten el medio ambiente.

En casi todos los proyectos de desarrollo económico comunitario, los profesionales de salud actúan como facilitadores. El personal del Departamento de Salud Pública ha respaldado varias de estas iniciativas en Toronto, colaborando en las solicitudes de financiación y proporcionando ideas para empresas "saludables" y económicamente viables y sirviendo de enlace con otros departamentos gubernamentales.

Desde luego, el desarrollo económico comunitario no es una panacea, ni para los problemas económicos del país ni para la mala salud de los grupos menos favorecidos. No obstante, supone un enfoque comunitario de la promoción de la salud que comienza a cubrir el vacío existente entre la producción económica y el consumo de bienestar social.

El apoyo financiero del gobierno es imprescindible para desarrollar proyectos económicos comunitarios capaces de alcanzar la autosuficiencia y de aumentar el control de la comunidad sobre la producción.

EVALUACIÓN

La evaluación de los programas comunitarios de promoción de la salud es importante por tres motivos. En primer lugar, el nuevo concepto de promoción de la salud y sus distintos "marcos" y "capítulos" no ha sido probado. En segundo lugar, porque muchos de los conceptos y métodos aplicados son nuevos y todavía necesitan ser refinados por los profesionales de salud; la evaluación permitirá incrementar los conocimientos profesionales. En tercer lugar, la evaluación es a menudo una condición indispensable para obtener fondos de los organismos, gubernamentales o no, que financian tales proyectos.

A medida que la promoción de la salud avanza hacia un paradigma sociosanitario, la selección de los diseños de evaluación adecuados se hace cada vez más necesaria. Evidentemente, no es posible evaluar los proyectos de desarrollo comunitario como si fueran un medicamento nuevo. Además, también existe el peligro de que un programa tal cree expectativas exageradas, respaldadas por una metodología de evaluación incorrecta, que llegue a demostrarse que un programa "éxitoso" ha "fracasado". Lo mismo puede decirse de las iniciativas de abogacía de la salud, las empresas de desarrollo económico comunitario y, en menor grado, de la educación para la salud y de la promoción en los medios de comunicación.

A nivel de la comunidad, puede ser útil establecer indicadores de "salud comunitaria" general. El proyecto *Ciudades Sanas* está desarrollando en la actualidad varios indicadores de este tipo que comprenden no solo los más evidentes, como el estado socioeconómico y de salud, sino también varias mediciones de la "calidad de vida" o "calidad de comunidad", tales como la cantidad de espacios verdes, los niveles de criminalidad, la disponibilidad de viviendas de renta baja, el grado de participación política, etc. Estos datos permiten descubrir el potencial de salud de un entorno socioeconómico dado y medir las mejoras que se producen a lo largo del tiempo.

De hecho, los factores sociales y económicos pueden influir en las conductas relacionadas con la salud y crear riesgos de salud *independientes*. Sin embargo, también hay dinámicas psicosociales importantes que deberían integrarse en los objetivos de los programas de promoción de la salud en la comunidad. La mejora de las redes de *apoyo social*, por ejemplo, puede mejorar la salud individual *(13, 14)*; reducir la *sensación de culpa* y aumentar la *percepción de la propia capacidad* y el *poder sobre los recursos* también contribuyen a mejorar la salud *(15, 16)*.

Estos conceptos nuevos todavía están sometidos a procesos de refinamiento, pero prometen constituir una rica fuente de información para los profesionales de la salud que desean evaluar los programas de promoción de la salud en la comunidad. Su importancia radica en el hecho de que comienzan a combinar la mejora de la salud y el bienestar individuales con el proceso de crear comunidades más saludables.

CONCLUSIÓN

Los conceptos de salud pública están experimentando una expansión creciente a medida que la población y los profesionales de la salud se acercan al ideal de "Salud para Todos en el Año 2000". Ya abarcan disciplinas tan distintas como la economía política, la filosofía, la sociología, la organización de las comunidades y la teoría de las comunicaciones. El fenómeno es, a la vez, estimulante y frustrante. La gama de iniciativas potenciales y el territorio a cubrir son tan amplios, que casi todo es posible. Sin embargo, el mandato de resolver los siglos de opresión y flaqueza humana corre el riesgo de convertirse en un mandato de no hacer nada.

El modelo de planificación de la promoción de la salud de la comunidad presentado en este trabajo ofrece un conjunto de estrategias que parecen funcionar bien. Intenta unir las limitaciones de la práctica de la salud de la comunidad con el idealismo de la nueva promoción de la salud. El mensaje básico del modelo es: los profesionales de salud deben convertirse en "miembros del equipo" de los proyectos de desarrollo comunitario, abogacía, educación, medios de comunicación y desarrollo económico comunitario junto con otros organismos, sectores del gobierno y, sobre todo, organizaciones de la comunidad locales. La promoción de la salud ya no pertenece al dominio exclusivo ni es responsabilidad tan solo de los profesionales y departamentos de salud. Las reglas han cambiado, los organismos dedicados a la salud pública deben revisar sus políticas y manera de pensar.

Al compartir nuestras tareas con la creciente red de grupos que se está desarrollando, los profesionales de salud podremos acercarnos al objetivo de transformar la "Salud para Todos" de un ideal imposible a un objetivo realista. Lo que necesitamos es compromiso y cooperación en la tarea de crear entornos sociales, económicos y físicos saludables, y de este modo personas más sanas.

Carece de importancia que llamemos a nuestras acciones "promoción de la salud" o no. Lo importante es reconocer que la potenciación de las comunidades para que tomen el control de su propia salud significa darles el control sobre los programas. Los programas de promoción de la salud en la comunidad no pertenecen a los organismos o departamentos de salud pública, sino a los sectores organiza-

dos de la comunidad que buscan el apoyo de esos organismos o departamentos para *sus propios* proyectos, a fin de crear una sociedad más sana y más equitativa.

La tarea puede parecer infinita, pero a medida que los profesionales de salud se unan a los grupos que defienden el bienestar social, el medio ambiente y la vivienda, podrán tomar prestado el inspirado aforismo del influyente agitador de masas Saul Alinsky, que escribió: "Uno no busca la felicidad. La felicidad es la búsqueda".

La gente feliz es, al fin y al cabo, gente sana.

REFERENCIAS

1. World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. *Ottawa Charter for Health Promotion.* International Conference on Health Promotion. Véase la pág. 367 de este libro.
2. Health and Welfare Canada. *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion.* Ottawa, 1986.
3. Freudenberg, N. *Not in Our Backyards: Community Action for Health in the Environment.* New York: Monthly Review Press, 1984.
4. Parston, G. *Planners, Politics and Health Services.* London: Croom Helm, 1980.
5. Freire, P. *Education for Critical Consciousness.* New York: Seabury Press, 1973.
6. Labonte, R. and Penfold, S. "Canadian Perspectives on Health Promotion: A Critique." *Health Education,* 19(3–4): 4–9, 1981.
7. Allison, K. "Health Education: Self-responsibility vs. Blaming the Victim". *Health Education,* 20(3,4): 11–13, 1981.
8. Farlow, D., Ed. *Challenging our Assumptions: The Role of Popular Education in Promoting Health.* Toronto: Ontario Public Health Association, 1987.
9. *Evaluating Community Organizing in the Philippines.* Manila: La Ignaciana Apostolic Center Press, 1984.
10. Turner, S., Ed. *Creating Community Employment.* Toronto: Ontario Community Development Association, 1985.
11. Macleod, G. *New Age Business: Community Corporations that Work.* Ottawa: Canadian Council on Social Development, 1986.
12. Shuttleworth, D. Aiding the Discarded Generation: Youth Employment and Community Development, *Orbit Sixty-Nine,* 15(1): 9–12, 1984.
13. Berkman, L. "Assessing the physical effects of social networks and social support." In *Annual Review of Public Health* 5: 413–32. Palo Alto CA, Annual Reviews Inc., 1984.
14. Gottlieb, B. *Social Support Strategies: Guidelines for Mental Health Practice.* London: Sage Publications, 1983. (Sage Studies in Community Health 7)
15. Lerner, M. *Surplus Powerlessness: The Psychodynamics of Everyday Life and the Psychology of Individual and Social Transformation.* Oakland CA: Institute for Labor and Mental Health, 1986.
16. McQueen, D. *Third Annual Report 1985–86.* Edinburgh: The University of Edinburgh Research Unit in Health and Behavioural Change, 1986.

ENFOQUES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BASADOS EN LA COMUNIDAD: GUÍA PARA LA MOVILIZACIÓN COMUNITARIA

S. Mark Pancer[1] *y Geoffrey Nelson*[1]

La investigación realizada durante los últimos 20 años ha demostrado claramente que muchos de los problemas de salud dependen de factores propios del estilo de vida o del entorno y que estos factores pueden ser modificados *(1)*. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen un ejemplo clásico. Estos procesos, en su conjunto, son la principal causa de muerte en Canadá y su frecuencia es mayor en este país que en otras naciones desarrolladas, como Francia, Japón y Holanda *(2)*. Los costes hospitalarios que ocasionan las ECV se elevan a US$ 2.000 millones anuales, mientras que sus costes sociales, en forma de dolor y sufrimiento de los afectados y de sus familias, días de escolarización o de trabajo perdidos y pérdidas salariales debidas a la muerte prematura, son incalculables *(2)*. Además, es evidente que varios "factores de riesgo" modificables, como el tabaco, la hipertensión, el colesterol sérico elevado, la vida sedentaria y la obesidad, contribuyen significativamente a las enfermedades cardiovasculares. El conocimiento de estos hechos ha llevado a los rectores políticos a buscar formas nuevas de reducir las tasas de ECV de la población.

En Canadá, el tantas veces citado Informe Lalonde sugería la necesidad de prestar más atención a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud en los programas y políticas públicos *(3)*. El reciente informe Epp sobre la política de salud canadiense se hace eco de estos temas *(4)*. En los 15 años transcurridos desde la publicación del Informe Lalonde, se ha producido un aumento notable de los conocimientos sobre promoción de la salud. Las primeras intervenciones en este campo se centraban sobre todo en la elaboración de programas que incrementasen la capacidad del individuo para modificar los comportamientos que conllevan riesgo de ECV *(5)*. Desde entonces, se ha reconocido la importancia de que la familia y los amigos apoyen al sujeto para ayudarle a mantener el nuevo comportamiento *(6)*. No hay duda de que, para reducir el riesgo de ECV, es preciso cambiar los comportamientos individuales y proporcionar apoyos a ese nivel. Sin embargo, las estrategias de promoción de la salud actuales comienzan a ir un paso más allá, para pasar de centrarse en los grupos de "alto riesgo" a adoptar estrategias de intervención comunitaria *(7)*. La promoción de

Fuente: *International Quarterly of Community Health Education* 1990;10(2):91–111. Se publica con permiso.
© 1990, Baywood Publishing Co., Inc., Amityville, Nueva York, Estados Unidos de América.

[1]Profesor, Departamento de Psicología, Universidad Wilfrid Laurier, Waterloo, Ontario, Canadá.

la salud con base en la comunidad funciona a través de las propias estructuras comunitarias, como las escuelas, los centros de trabajo y esparcimiento y las organizaciones vecinales, a fin de promover el desarrollo de estilos de vida y entornos saludables. Así pues, el enfoque basado en la comunidad destaca la importancia del *entorno social* de la promoción de la salud. Además, subraya la filosofía del *empoderamiento*, en la que las personas, los grupos y las organizaciones participan activamente para cambiar el ambiente comunitario y en él elaborar normas comunes dirigidas a lograr las metas de una salud mejor y un aumento del bienestar *(8, 9)*.

Este artículo se ha escrito con un doble propósito. En primer lugar, se describen varios programas comunitarios de prevención de las ECV y se presta especial atención a las estrategias de movilización comunitaria que utilizan. En segundo lugar, y a partir de esos programas, se proponen varias directrices para movilizar a la comunidad en forma eficaz a fin de promover la salud.

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BASADOS EN LA COMUNIDAD

En las páginas siguientes revisaremos cinco programas de promoción de la salud con base en la comunidad. En todos ellos se utilizó una combinación de enfoques que incluía la participación de los medios de comunicación y de la comunidad para favorecer los cambios de comportamiento (p.ej., en cuanto al tabaco, la dieta y el ejercicio) con miras a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Los criterios que se utilizaron para seleccionar estos programas fueron que:

- el programa incluyera una participación importante de los miembros de la comunidad;
- el programa se hubiera diseñado para llegar a toda la comunidad;
- el programa se hubiera mantenido en vigor durante un período suficientemente largo como para permitir la evaluación de su impacto;
- el componente de participación comunitaria se hubiese descrito con una amplitud razonable, bien en la bibliografía sobre investigación, bien en los documentos del mismo.

El proyecto de Carelia del Norte

Antecedentes

En 1970, los dos países que tenían las tasas de enfermedades cardiovasculares más altas del mundo eran Finlandia y los Estados Unidos de América. En el primero, las mayores tasas de mortalidad por esta causa correspondían a Carelia del Norte, una región rural del este del estado con un total de 180.000 habitantes diseminados en una zona geográfica relativamente grande. El proyecto de Carelia del Norte se inició en 1972, bajo los auspicios de las autoridades sanitarias finlandesas y su evaluación estuvo a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública (Helsinki) y de la Universidad de Kuopio *(10–14)*.

El programa

Para cumplir los objetivos del programa se ensayaron distintas estrategias. En todas ellas se intentó influir en todos los aspectos posibles de la vida de la comunidad y hacer que sus miembros participaran activa y significativamente. Una de estas estrategias consistió en dar información sobre el problema de las ECV, los factores que, como el tabaco y la dieta, contribuían al mismo, el tipo de actividades que se había programado para el proyecto y la forma en que podían cambiarse los comportamientos para prevenir la enfermedad. También se prepararon materiales educativos para los medios de comunicación

y se estimuló la discusión de la información recibida entre los miembros de la comunidad; se señaló repetidamente que el proyecto nacía como respuesta a una demanda de la propia comunidad. Los materiales y comunicaciones pretendían fomentar que los ciudadanos se sintieran orgullosos de su comunidad e incitaban a participar en el programa tanto "por Carelia del Norte" como por ellos mismos. Las comunicaciones no se efectuaron solo a través de los medios de comunicación, sino también mediante grupos de dirigentes comunitarios informales formados *ex profeso (15)*.

Otra estrategia consistió en formar a la población para darle las destrezas necesarias para cambiar los comportamientos asociados al riesgo de ECV. Más que pregonar acerca de lo dañino que es fumar y consumir grasas, se hicieron sugerencias específicas sobre la forma de dejar el tabaco y mejorar la dieta. Para esto, el proyecto obtuvo la colaboración de organizaciones comunitarias; asimismo, recibió el apoyo de una organización de amas de casa, con más de 300 locales de reunión, para enseñar la forma de preparar nuevos alimentos con un menor contenido graso. Además, el programa intentó reforzar los sistemas naturales de sostén de la comunidad para lo cual subrayó la conveniencia de que los miembros de las familias, los grupos de trabajo y los vecindarios colaboraran para conseguir los cambios aspirados. Se crearon grupos de autoayuda para las personas que desearan dejar de fumar y modificar su dieta. Los sujetos formados como líderes de opinión informales incitaron a los ciudadanos a que se prestaran apoyo entre sí para lograr cambios de comportamiento, bien a través de los grupos de autoayuda, bien de maneras menos formales.

Una estrategia adicional se centró en producir cambios del entorno para facilitar y reforzar los cambios individuales propuestos. Para ello, se animó a negocios e instituciones a introducir restricciones en cuanto al consumo de tabaco, se solicitó a los fabricantes locales de embutidos y productos lácteos que contribuyeran con la elaboración de productos bajos en grasas y se buscó la participación de los tenderos para que desplegaran este tipo de alimentos en sus estantes.

La última estrategia fue la organización de la comunidad. Los líderes del proyecto mantuvieron contacto constante con los dirigentes locales de la comunidad, incluso médicos, políticos, trabajadores de los medios de comunicación y personas destacadas del ámbito de los negocios y participaron en muchos comités y juntas locales. Asimismo, se logró que la red ya entrenada de dirigentes locales representara localmente los intereses del proyecto.

Evaluación del programa

Los resultados de los cinco primeros años de funcionamiento del programa (1972–1975) se evaluaron comparando los factores de riesgo y las tasas de ECV en Carelia del Norte y en otro condado similar, situado también en el este de Finlandia. Esta evaluación demostró un descenso de los factores de riesgo en ambas regiones durante el período de cinco años, si bien, la reducción fue más marcada en Carelia del Norte. En comparación con el condado de referencia, Carelia del Norte presentó una disminución de 17% del riesgo de ECV en los hombres y de 12% en las mujeres, cifras que guardaban relación con una caída de 4,1% del colesterol sérico, de 3,6% de la presión arterial y de 9,8% del número de cigarrillos consumidos al día.

En la evaluación efectuada en 1982, 10 años después de haberse iniciado el proyecto, la reducción de los factores de riesgo en Carelia del Norte fue todavía mayor, pues se mantenía el descenso del colesterol sérico y de la presión arterial y había disminuido aún más el consumo de cigarrillos *(14, 16, 17)*. En 1977 Carelia del Norte pagaba aproximadamente US$ 4 millones menos que el condado de referencia por las discapacidades relacionadas con la ECV, mientras que los costes de mantenimiento del programa se calcularon en torno a los $700.000.

Programa de Stanford para la Prevención de las Enfermedades del Corazón

Antecedentes

El Programa de Stanford para la prevención de las enfermedades del corazón (The Stanford Heart Disease Prevention Program, SHDPP) fue concebido a finales de los años 1960 por un grupo interdisciplinario de la Universidad de Stanford, en California. El primer programa de investigación y demostración iniciado fue el Estudio de Tres Comunidades, que se llevó a cabo en tres ciudades pequeñas del estado entre 1972 y 1975. Este dio origen al Proyecto de Cinco Ciudades, más reciente y aplicado a cinco comunidades californianas de mayor tamaño, que comenzó en 1978 y se prolongará al decenio de 1990.

Estudio de Tres Comunidades

El programa

Se seleccionaron tres ciudades de aproximadamente 15.000 residentes cada una *(18–20)*. Una de ellas, Tracy, sirvió como comunidad de no intervención o referencia. En las otras dos ciudades, Watsonville y Gilroy, se hizo una campaña intensiva a través de los medios de comunicación dirigida a modificar los comportamientos de riesgo de toda la comunidad. Además, en Watsonville se seleccionó aleatoriamente un grupo de personas con mayor riesgo de ECV para que participaran en un programa intensivo de instrucción cara-a-cara cuyo objetivo era modificar los comportamientos de riesgo.

En Watsonville y Gilroy la campaña en los medios de comunicación fue intensiva. El SHDPP produjo unas 3 horas de programación y más de 50 anuncios para la televisión, unos 100 anuncios radiales, varias horas de programación radiofónica y distintos materiales destinados a columnas, noticias y publicidad en la prensa escrita.

La instrucción cara-a-cara de los sujetos de alto riesgo de Watsonville se hizo en cuatro grupos, cada uno formado por 24 a 28 personas y sus cónyuges. Estos grupos se reunieron en nueve ocasiones a lo largo de 10 semanas, en espacio provisto por las iglesias locales. Los pocos individuos elegidos que decidieron no participar en los grupos fueron visitados en sus domicilios. Las sesiones se realizaron bajo la dirección de un jefe de grupo, un ayudante y un dietista y su contenido consistió en distintas estrategias enfocadas a cambiar el comportamiento, incluso la autovigilancia del consumo de alimentos y de tabaco, la demostración y práctica guiada de nuevos comportamientos, el seguimiento del progreso mediante gráficos y el uso de premios simbólicos.

Evaluación del programa

Los resultados de la evaluación mostraron que los habitantes de Gilroy y Watsonville, las dos comunidades que recibieron la campaña intensiva en los medios de comunicación, tenían mejor conocimiento sobre las ECV y los factores de riesgo asociados. También presentaban reducciones significativas de la ingesta de grasas y de las cifras de colesterol sérico con respecto a los residentes de Tracy, la comunidad de referencia *(5, 20, 21)*. Se calculó que, durante el período de intervención, el riesgo total de ECV había descendido, aproximadamente en 17%, en las dos primeras ciudades, mientras que había aumentado en más de 6% en Tracy. La mayor disminución del riesgo de ECV (30%) se produjo en las personas de Watsonville que habían recibido instrucción intensiva.

Proyecto de Cinco Ciudades

Antecedentes

Aunque el SHDPP afirmaba que el Estudio de tres comunidades se basaba en un "modelo familia-comunidad" *(20)*, el proyecto fue criticado por no ser auténticamente un pro-

grama con base en la comunidad, sino tan solo un "estudio cuasi-experimental de individuos, efectuado en un marco comunitario" *(22)*. Además, si bien se reconoció el valor de combinar la instrucción cara-a-cara con una campaña en los medios de comunicación, se admitió que era preciso idear métodos menos costosos como complemento del uso de dichos medios. El Proyecto de Cinco Ciudades *(19, 23, 24)*, iniciado en 1978, se diseñó como un verdadero programa comunitario que daba gran valor a la participación de los miembros de la comunidad, y a que ellos asumieran la propiedad y el control del proyecto. Se pensó que este sentido comunitario de propiedad incrementaría los efectos de la campaña en los medios de comunicación, y que el programa tendría mayor "alcance" entre sus habitantes y serviría para aumentar la eficacia de programas que se mantendrían a más largo plazo gracias al respaldo de la comunidad. Uno de los objetivos principales del programa fue el desarrollo de una estructura de promoción de la salud autosostenible en las comunidades participantes.

El programa

El proyecto se está llevando a cabo en cinco ciudades de tamaño mediano del norte de California, cada una con una población de más de 30.000 habitantes. De las cinco, se seleccionaron dos ciudades para recibir el programa, mientras que las tres restantes sirven como comunidades de referencia. El proyecto tiene tres componentes: programas transmitidos por los medios de comunicación, programas impresos y programas interpersonales comunitarios. Los primeros consisten en series de radio y televisión, tertulias, noticias, anuncios públicos y publicidad diseñados para crear conciencia en la ciudadanía sobre distintos aspectos de la salud, proporcionar información específica acerca de los comportamientos que favorecen la salud (p.ej., forma de hacer comidas buenas para el corazón) y estimular la adopción de actitudes y comportamientos saludables. Los materiales impresos consistieron en artículos de prensa, folletos, libros, paquetes de autoayuda y otros productos que pudieran proporcionar una información más detallada que la de los medios de difusión.

Los programas interpersonales comunitarios incorporaron en diversos proyectos a muchos grupos de la comunidad, incluso colegios y escuelas, centros de trabajo, organizaciones de voluntarios, profesionales sanitarios, y otros. Las estrategias empleadas oscilaron desde los enfoques más tradicionales de educación para la salud, como las conferencias y las clases, a otros más innovadores con competiciones y uso de los líderes de opinión locales. Además, se hicieron esfuerzos por lograr cambios en el medio que apoyaran los cambios individuales que se esperaba que hicieran los ciudadanos. Por ejemplo, se pidió a los restaurantes y comercios de alimentos que destacaran los productos saludables para el corazón en sus establecimientos.

Evaluación del programa

Los resultados provisionales de que se dispone en este momento indican que han aumentado significativamente los conocimientos relacionados con la salud; igualmente las reducciones de las cifras de presión arterial y frecuencia del pulso han sido significativas *(19)*. Al cabo de 52 meses de intervención, se calculó que el riesgo de ECV en las comunidades de intervención era 13,4 y 7,4% menor que el de las comunidades de referencia.

El Proyecto de Pawtucket para la Salud del Corazón

Antecedentes

Pawtucket es una ciudad de unos 70.000 habitantes situada en el estado de Rhode Island. El Proyecto de Pawtucket para la Salud

del Corazón fue concebido por la administración del Memorial Hospital de la ciudad, consciente de las proporciones epidémicas que las enfermedades cardíacas estaban alcanzando en la comunidad, cuyos residentes son en su mayoría de clase obrera. Con la colaboración de los profesionales de la Universidad de Brown, el Departamento de Salud Pública del estado y otros, a finales del decenio de 1970 se inició el diseño de un programa con base en la comunidad que se esperaba redujera la incidencia de enfermedades del corazón en la ciudad. Con ayuda de un amplio comité formado por dirigentes comunitarios, se consiguió financiación del National Heart, Lung, and Blood Institute (Instituto Nacional para el Corazón, el Pulmón y la Sangre) de los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos de América para llevar a cabo un proyecto de investigación y demostración de seis años de duración basado en el modelo que se había elaborado *(25)*. La financiación comenzó en 1980 y se preveía que llegara hasta julio de 1991 *(26, 27)*.

El programa

El proyecto se basa en una estrategia de "activación comunitaria", que destaca *(26)*:

> . . . la movilización de la participación comunitaria en todos los aspectos de la planificación, ejecución y gestión del programa de salud, por medio del establecimiento de un sistema de prestación basado en los voluntarios.

El enfoque se basa también en el concepto de "determinismo recíproco", que considera al miembro de la comunidad como agente del cambio y respondiente al cambio. Presupone que una de las mejores formas de persuadir al individuo a que cambie su propio comportamiento consiste en obtener su ayuda como voluntario para que colabore con el programa a fin de que este llegue a otros miembros de la comunidad. En este contexto, la función más importante de los rectores del programa no consiste en diseñar y ejecutar la intervención, sino en crear coaliciones de miembros comunitarios que acepten la responsabilidad de realizar la intervención a través de sus propias organizaciones, instituciones y centros de trabajo.

Una de las primeras estrategias del proyecto fue establecer su Comité de Dirección, formado por un grupo de unos 70 líderes comunitarios procedentes de un amplio conjunto de asociaciones e intereses, tales como el ayuntamiento de la ciudad, grupos étnicos, iglesias, negocios, trabajo y juventud. Estas personas ayudaron a identificar organizaciones comunitarias que podrían tener interés en participar en el proyecto y a entrar en contacto con ellas. Si después de una reunión inicial con un "guardián" de la organización se autorizaba la entrada en la misma, se determinaba si dicha organización estaba "preparada para el cambio". Si dicha valoración resultaba favorable, se organizaba un grupo de trabajo para establecer metas para la organización y diseñar, ejecutar y evaluar los programas destinados a alcanzar esas metas. Se empleó un enfoque similar para acceder a las escuelas de la comunidad. Los grupos de trabajo están formados solo por miembros de la organización (o por padres, maestros y administración, en el caso de las escuelas). El personal del PHHP resuelve consultas y proporciona materiales o ideas para el programa (p.ej., un programa de grupo para padres llamado "Cómo criar hijos sanos", paquetes para adelgazar), pero es el grupo de trabajo el que decide si se instaura el programa y cuándo y cómo llevar a cabo su ejecución.

Otra estrategia empleada supone el uso de voluntarios como detectores o consejeros para los factores de riesgo o para dirigir los grupos de cambio del comportamiento. Los voluntarios se reclutan de distintas formas (mediante contactos directos con el personal del proyecto u otros voluntarios, visitas programadas, ferias de la salud, etc.) y luego

reciben una instrucción formal a cargo del programa. Completada esta, los encargados de actuar como detectores de riesgo pueden realizar "detección sistemática, asesoramiento y remisiones" durante las cuales pueden evaluar la presión arterial, el colesterol sérico, la nutrición, el tabaco, la obesidad o el riesgo total, a fin de incrementar la conciencia de los ciudadanos sobre su situación de riesgo e incitar al cambio de comportamiento. Estas funciones se realizan en distintos lugares y con ocasión de distintos acontecimientos en la propia comunidad. Los voluntarios reclutados para orientar los grupos de cambio de comportamiento reciben formación sobre la manera de usar técnicas de intervención conductista que implican control de los estímulos y métodos de autogestión a fin de lograr el cambio deseado, por ejemplo, adelgazar o dejar de fumar.

Evaluación del programa

Se han realizado, y se prevé seguir realizando, evaluaciones formativas, de proceso y de resultados del proyecto. Los resultados de las evaluaciones formativas y de proceso iniciales demuestran un grado elevado de participación en las actividades, con más de 800 voluntarios reclutados, detección sistemática efectuada en más de 3.600 personas en 14 empresas y de 600 a 1.000 lecturas mensuales de la presión arterial en los centros de detección comunitaria *(26)*. Más de 15.000 personas participaron en los programas de cambio del comportamiento durante los primeros tres años de operación del programa.

Programa de Minnesota para la Salud del Corazón

Antecedentes

El Programa de Minnesota para la Salud del Corazón se inició bajo los auspicios de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota *(28–30)*. El diseño y la preparación del programa y de su evaluación tomaron alrededor de tres años y en 1980 se recibió la financiación solicitada al Instituto Nacional para el Corazón, el Pulmón y la Sangre de los Institutos Nacionales de la Salud para los cinco primeros años del total de nueve de duración prevista del proyecto de investigación y demostración. En este proyecto participan activamente tres comunidades de distinto tamaño, mientras que otras tres, de tamaño similar, sirven como referencia. El programa está dirigido por un investigador principal, un oficial del proyecto, un co-investigador principal, un comité de dirección y un comité ejecutivo procedente de este. Dispone de un total de 18 docentes, 24 técnicos y supervisores y 64 trabajadores a jornada total o parcial.

El programa

El programa utiliza tres estrategias para lograr sus objetivos: medios de comunicación, educación directa y organización comunitaria.

El componente constituido por los medios de comunicación fue diseñado para incrementar la conciencia acerca de los factores de riesgo de las ECV y el interés de la población general por la salud cardiovascular. Para ello, se presentaron programas, artículos y anuncios en la prensa escrita, en la radio y en la televisión y, como complemento, se diseñaron folletos, carteles y cintas audiovisuales destinadas a los grupos e individuos de la comunidad.

El componente de educación directa incluyó el establecimiento de centros de detección sistemática, denominados Centros de Educación para la Salud, situados en distintos lugares dentro de la comunidad. Los visitantes de estos centros se evalúan para determinar la presencia de factores de riesgo (presión arterial alta, tasas elevadas de colesterol, hábito de fumar, falta de actividad física) y reciben un pasaporte sanitario que indica su grado de riesgo de ECV. La visita concluye con una breve entrevista en la que el indivi-

duo recibe información sobre su salud y, si procede, es remitido a las charlas organizadas en la comunidad o a un profesional médico. Como enfoques adicionales de educación directa, el personal del proyecto o los organismos comunitarios dan clases para dejar el tabaco y preparar alimentos, y de ejercicio. En las escuelas, se emplean programas educativos dirigidos a la juventud sobre la prevención y abandono del consumo de tabaco, la actividad física y la nutrición.

El componente de organización comunitaria se inició con un análisis de cada una de las comunidades participantes, a partir de entrevistas con los dirigentes comunitarios y un estudio de la composición étnica y demográfica, grupos religiosos y otras características. Este análisis sirvió para formar un Comité Asesor Comunitario que representara a los grandes grupos sociales y a los distintos barrios de la ciudad. Los miembros de ese comité participaron en un taller de seis horas de duración sobre la salud del corazón, durante el cual se elaboró un listado de medidas a tomar. Para cada una de estas medidas (p.ej., dejar de fumar, ejercicio físico, alimentación, hipertensión) se crearon grupos de trabajo, presididos por los distintos miembros del comité. A continuación, los grupos de trabajo formaron comités de voluntarios que planificaron y ejecutaron las actividades específicas de cada tarea. Por ejemplo, el grupo de trabajo sobre alimentación de una de las comunidades de intervención ayudó a crear comités de seis a diez miembros, tales como un comité de dueños de comercios de alimentos, un comité de dueños de restaurantes, un comité escolar y un comité para clases de cocina. Gracias al comité de dueños de restaurantes, varios de estos establecimientos comenzaron a identificar en el menú los platos saludables para el corazón.

Evaluación del programa

Los resultados de la intervención serán evaluados por medio de una comparación de las tres comunidades implicadas con las tres comunidades de referencia; en cada una se medirán los comportamientos relacionados con la salud, los niveles de factores de riesgo y la morbilidad y mortalidad asociadas a las ECV. Además, se están utilizando métodos de evaluación formativa y de proceso para medir el grado de exposición y de conciencia de los mensajes sobre la salud del corazón, el número de actividades desarrolladas por los grupos comunitarios y el grado de participación de los miembros de la comunidad en las actividades del proyecto.

Programa del Condado de Pennsylvania para Mejorar la Salud

Antecedentes

El Programa del Condado de Pennsylvania para Mejorar la Salud (Pennsylvania County Health Improvement Program, CHIP), es una intervención sobre factores de riesgo múltiples con canales múltiples que se inició a finales de los años 1970 en el condado de Lycoming, Pennsylvania *(31)*.

Este programa surgió de una reunión celebrada en 1977 por el secretario de salud de Pennsylvania y el Dr. Albert Stunkard, en la que ambos revisaron los resultados, recientemente obtenidos, de un programa de control de la obesidad llevado a cabo en el condado y discutieron los resultados del proyecto de Carelia del Norte, que se estaban conociendo entonces. A continuación, procedieron a solicitar la ayuda de distintos miembros del sistema de atención sanitaria, la universidad y la comunidad. Se conformó un pequeño núcleo de personal, se creó un comité directivo comunitario y se contrató a una empresa de relaciones públicas para coordinar la campaña que se llevaría a cabo en los medios de comunicación, que debía ser uno de los componentes esenciales del proyecto. La intervención comenzó, de hecho, en 1980, después de casi tres años de planificación.

El programa

Uno de los primeros y más importantes pasos del desarrollo de la intervención fue la creación del comité directivo. Para identificar a los miembros de la comunidad que debían formar parte del comité, el proyecto logró la colaboración del director de planificación del hospital de Williamsport, que simpatizaba con los objetivos del proyecto y conocía a numerosos miembros influyentes de la comunidad que podrían estar interesados en participar en el mismo. Con ayuda del comité directivo, el proyecto realizó una encuesta ("Inventario de Recursos Comunitarios") de todas las instituciones de la comunidad, con objeto de identificar a todas aquellas que tuvieran por lo menos 100 miembros y que quisieran contribuir. Entre ellas se encontraban organizaciones de salud, gubernamentales, de servicios sociales, sindicales, de empresarios, escolares, religiosas, y otras. Se entrevistó telefónicamente a un miembro de cada una de las 157 organizaciones identificadas para conocer el tipo de actividades de promoción de la salud que se llevaba a cabo en su entorno. El comité directivo fue un elemento clave en el desarrollo de los programas de este proyecto. El papel de los profesionales fue, sobre todo, de asesoramiento, ya que ayudaron a establecer prioridades entre los factores de riesgo y proporcionaron información sobre las posibles estrategias a emplear en los programas de prevención.

Los grandes componentes del programa se identificaron según el "canal" que utilizarían: medios de comunicación masiva, centros de trabajo, sector sanitario, organizaciones de voluntarios y escuelas. Si bien la coordinación de la campaña en los medios de comunicación fue dirigida por una empresa profesional, todas las presentaciones efectuadas fueron gratuitas. Para controlar los gastos, se utilizaron mensajes extraídos de otros programas (p.ej., American Lung Association (Asociación Pulmonar Estadounidense) y del Programa Nacional de Educación contra la Hipertensión). La campaña se inició con un seminario para los dirigentes de los medios locales de comunicación, en el que se solicitó su ayuda. Se suministraron distintos materiales y mensajes a las empresas de radio, televisión y prensa escrita; como complemento, se emplearon vallas publicitarias, carteles y folletos. En el periódico local apareció una columna bisemanal sobre temas de salud, titulada "Pregunta a CHIP". Cada uno de los tres factores de riesgo principales (hipertensión, tabaco y nutrición) fue objeto de una campaña de cuatro meses, centrada periódicamente en uno de ellos. Se diseñaron mensajes destinados a motivar el cambio de comportamiento, proporcionar información sobre los aspectos prácticos del cambio y dar a conocer las actividades que el programa estaba realizando en la comunidad.

Para iniciar los programas destinados a los centros de trabajo, se establecieron contactos entre el director ejecutivo de CHIP y los gerentes de los lugares identificados mediante el Inventario de Recursos Comunitarios. Si la gerencia apoyaba el programa, se avisaba a los trabajadores y se establecía un "Comité para la Salud del Corazón". Este comité coordinaba el trabajo de los subcomités encargados de desarrollar programas para cada uno de los factores de riesgo (tabaco, hipertensión, sedentarismo, colesterol y obesidad). Los comités diseñaron programas específicos consultando, en la medida necesaria, al personal de CHIP. Uno de los programas que resultó más eficaz en este campo fue un concurso de adelgazamiento iniciado por los empleados de distintos bancos mercantiles del condado.

El establecimiento de programas a través de los sectores sanitario, escolar y voluntario procedió de una forma algo distinta. La Sociedad Médica del condado no se mostró particularmente entusiasta al principio, por lo que la intervención principal en este sector consistió en un programa, más limitado, de control de los pacientes hipertensos de 10 médicos de la comunidad. En las escuelas, se llevaron a cabo programas sobre drogas y alcohol, reducción de peso y prevención del

consumo de tabaco. Un componente innovador de este programa escolar consistió en enseñar a los alumnos la forma de influir en sus padres con respecto a los comportamientos relacionados con la salud. Por ejemplo, se instruyó a los niños sobre la forma de hablar con sus padres fumadores. Las organizaciones de voluntarios (p.ej., grupos sociales, organizaciones religiosas) recibieron un tratamiento similar al de los centros de trabajo, pero su participación fue algo menor; colaboraron en un programa de detección de la hipertensión a gran escala y, a menor escala, en programas sobre nutrición y adelgazamiento.

Evaluación del programa

La evaluación del CHIP se lleva a cabo de distintas formas. Se harán comparaciones entre la mortalidad y morbilidad, factores de riesgo y comportamientos sanitarios en la comunidad de intervención, el condado de Lycoming, con los de una comunidad de referencia (condado de Franklin) del sur de Pennsylvania. Además, se están empleando varias estrategias de evaluación del proceso para documentar la naturaleza e intensidad de la intervención y la participación de los miembros y organizaciones de la comunidad en las actividades del programa. La relación coste-eficacia se valorará a través de los registros de los costes del programa y de los asociados a las ECV de ambos condados. Hasta la fecha, los resultados más importantes indican que el número de organizaciones del condado de Lycoming que participan en actividades de promoción de la salud se ha duplicado entre 1980 y 1983, mientras que en el condado de referencia ha disminuido en 42% durante el mismo período.

DIEZ DIRECTRICES PARA LA MOVILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

De los programas anteriores pueden extraerse directrices para lograr la movilización de la comunidad con fines de promoción de la salud (véase el cuadro 1). Al proponer estas pautas, usamos también lo aprendido del trabajo de otros que han ofrecido principios para la movilización comunitaria *(32–34)*. Lo expuesto a continuación no es un libro de recetas aplicable a la movilización de la comunidad, sino, más bien, un conjunto de orientaciones generales que podrían resultar útiles a la hora de adaptar los programas a las circunstancias de cada lugar.

1. Participación de la comunidad. Los miembros de la comunidad deben participar en todas las fases de elaboración del programa: identificación de las necesidades, obtención de la ayuda de las organizaciones comunitarias, planificación y ejecución de las actividades y evaluación de los resultados. La participación amplia y general de los miembros de la comunidad en los organismos de planificación del programa proporciona un sentido de propiedad y empoderamiento que incrementa el impacto del mismo. Uno de los mejores ejemplos de esta clase de participación procede del Proyecto de Pawtucket para la Salud del Corazón. En él, el organismo organizador clave fue el "Comité de Dirección", compuesto por dirigentes de casi todos los sectores imaginables de la comunidad: empresas, grupos étnicos, iglesias, gobierno, juventud. Dentro de cada uno de los entornos de la ciudad, los grupos de trabajo, formados exclusivamente por los ciudadanos pertenecientes a los mismos, desarrollaron y ejecutaron cada uno de los programas. La detección del riesgo y la dirección de los grupos de cambio del comportamiento fue responsabilidad de un gran número de voluntarios. Otros programas han conseguido una participación similar de los miembros de la comunidad. El proyecto de Carelia del Norte utilizó a líderes de opinión comunitarios previamente formados y creó organizaciones comunitarias para que elaboraran y ejecutaran las actividades del programa. El organismo básico del programa CHIP de Pennsylvania fue un comité di-

CUADRO 1. Directrices para una movilización de la comunidad a favor de la promoción de la salud

1. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD
   Los miembros de la comunidad deben participar en todas las fases del desarrollo del programa.

2. PLANIFICACIÓN
   El desarrollo de una intervención comunitaria eficaz exige una planificación cuidadosa, que a menudo debe prolongarse durante dos o tres años.

3. EVALUACIÓN DE NECESIDADES Y RECURSOS
   Antes de ejecutar un programa basado en la comunidad, es preciso prestar atención a la identificación de las necesidades o problemas de salud de esa comunidad y a los recursos de que se dispone para cubrir estas necesidades.

4. UN PROGRAMA GLOBAL
   Los programas más prometedores son los más amplios, en el sentido de que pretenden influir en múltiples factores de riesgo, utilizan varios canales distintos para su prestación y se dirigen a varios niveles diferentes (personas, familias, redes sociales, organizaciones y la comunidad en su conjunto) y que están diseñados no solo para modificar los comportamientos de riesgo, sino también los factores que los mantienen (tales como la motivación, el entorno social).

5. UN PROGRAMA INTEGRADO
   El programa debe estar integrado, de forma que cada componente del mismo sirva de refuerzo a los demás.

6. CAMBIO A LARGO PLAZO
   Los programas de promoción de la salud basados en la comunidad deben diseñarse para producir cambios estables y duraderos tanto de los comportamientos relacionados con la salud como los del ambiente. Para ello, precisan una financiación a largo plazo y el desarrollo de una infraestructura permanente de promoción de la salud en la comunidad.

7. MODIFICACIÓN DE LAS NORMAS COMUNITARIAS
   A fin de lograr un efecto significativo en toda una organización o comunidad, el programa debe ser capaz de modificar las normas y patrones de comportamiento de las mismas. Para ello, es preciso que una parte importante de los miembros de esa organización o comunidad se vean expuestos a los mensajes del programa o, lo que sería aún mejor, que participen de alguna forma en las actividades de este.

8. INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN
   Es necesario realizar un proceso exhaustivo de evaluación e investigación, no solo para documentar los resultados o efecto del programa, sino también para describir su formación y proceso.

9. RECURSOS SUFICIENTES
   Los recursos económicos, de personal y organizativos disponibles para montar un programa deben ser adecuados si se desea que dicho programa tenga la magnitud suficiente como para afectar apreciablemente a la totalidad del grupo, organización o comunidad de destino.

10. COLABORACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y DE LA COMUNIDAD
    Un programa de promoción de la salud basado en la comunidad necesita la colaboración activa de los expertos en promoción de la salud y de los dirigentes comunitarios.

rectivo comunitario que supervisó el desarrollo de los programas de prevención y estimuló la participación de las organizaciones de la comunidad.

2. Planificación. En muchos de los programas aquí analizados, transcurrieron intervalos de tiempo considerables, a menudo dos o tres años, entre la fase de concepción inicial y el momento de la prestación de los servicios. Así, CHIP, de Pennsylvania, fue concebido en abril de 1977, pero los programas activos comenzaron tres años más tarde, en 1980. Entre las primeras discusiones sobre el desarrollo del Programa de Stanford para la Prevención de las Enfermedades del Corazón y su ejecución transcurrió un período similar. Este tiempo fue dedicado a planificar la intervención. La planificación es un componente esencial para desarrollar una intervención eficaz. Supone identificar los problemas de salud de una comunidad que son suscepti-

bles de prevención mediante la intervención comunitaria, formular los objetivos del proyecto, reconocer los comportamientos y las características del entorno que serán objeto de la intervención, decidir la forma en que los participantes colaborarán en el desarrollo del proyecto y crear un grupo de planificación unido.

3. Evaluación de necesidades y recursos. Antes de ejecutar un programa basado en la comunidad, es preciso prestar atención a la identificación de las necesidades o problemas de salud de esa comunidad y a los recursos de que se dispone para cubrir estas necesidades. Casi todos los programas revisados para este artículo han determinado la incidencia y prevalencia del problema de salud identificado antes de su ejecución. Además, algunos de ellos evaluaron los recursos comunitarios y organizativos y la voluntad de colaborar con el programa. Así, en Pawtucket, todas las organizaciones que manifestaron su interés por el programa de salud del corazón recibieron un cuestionario diseñado para averiguar si estaban "preparados para el cambio". El Programa de Minnesota para la Salud del Corazón realizó un "análisis comunitario" de la composición étnica, social, religiosa y económica de la comunidad y entrevistas a los dirigentes de la misma para comprobar su grado de compromiso con la salud. CHIP obtuvo un "Inventario de Recursos Comunitarios" de todas las instituciones de por lo menos 100 miembros del condado de Lycoming y detalló sus actividades en cuanto a la promoción de la salud.

4. Un programa global. Los programas más prometedores son los más amplios, en el sentido de que pretenden influir en múltiples factores de riesgo, utilizan varios canales distintos para su prestación y se dirigen a varios niveles diferentes (personas, familias, redes sociales, organizaciones y la comunidad en su conjunto) y que están diseñados no solo para modificar los comportamientos de riesgo, sino también los factores que los mantienen (tales como la motivación, el entorno social). Casi todos los programas de ECV revisados trataron de cambiar al menos tres de los comportamientos asociados al riesgo de estos procesos. Stunkard *et al.* afirman que el enfoque orientado hacia varios factores de riesgo es más eficaz, pues solo exige un pequeño esfuerzo adicional para cambiar otros factores, una vez modificado el primero *(31)*. Al mismo tiempo, todos los programas analizados utilizaron varios "canales" de administración. Así, el Programa del Condado de Pennsylvania para Mejorar la Salud, por ejemplo, se difundió a través de los medios de comunicación, centros de trabajo, profesionales de la salud, escuelas y organizaciones de voluntarios. Muchos de los programas también fueron de gran alcance en el sentido de que pretendían influir en los factores que subyacen a los comportamientos de riesgo, en la misma medida que los propios comportamientos. El Programa de las Cinco Ciudades de Stanford intentó influir en el reconocimiento de las ECV, el conocimiento de sus factores de riesgo, la motivación para el cambio, las capacidades necesarias para lograr ese cambio y el apoyo social y ambiental que pueden prestar la familia, la comunidad y el centro de trabajo y que son imprescindibles para que el cambio pueda mantenerse. Preston, Baranowski y Higginbothan argumentan que los diferentes "canales" afectan a distintos segmentos de la población y que deben utilizarse escalonadamente para llegar hasta esos segmentos *(35)*. Por ejemplo, sugieren, con base en la teoría de la difusión de la innovación, que las intervenciones en los medios de comunicación tienden a influir en los "adoptantes precoces" de las innovaciones presentadas, mientras que para convencer a los "adoptantes tardíos" es preferible emplear las intervenciones realizadas a través de las redes sociales informales.

5. Un programa integrado. El programa debe estar integrado, de forma que cada componente del mismo sirva de refuerzo a los

demás. Por ejemplo, muchas de las emisiones radiales y televisivas del Proyecto de Stanford de las Cinco Ciudades se emplearon para incrementar el grado de conciencia acerca de los programas que se estaban llevando a cabo en la comunidad (p.ej., una serie radiofónica sobre el abandono del tabaco anunciaba los programas comunitarios a los que los oyentes podrían acudir para dejar de fumar). Al describir el CHIP de Pennsylvania, Stunkard y colaboradores señalaron que "los programas de un canal influyen poderosamente en los programas de otro canal" *(31)*. Al mismo tiempo, los programas deben estar integrados de modo que formen parte de la realidad social de la vida cotidiana, en lugar de que se ofrezcan en centros de salud y por profesionales *(9)*. El CHIP proporciona un buen ejemplo al respecto, ya que su componente de menos éxito fue, precisamente, el que se ofreció por medio de los médicos de la comunidad en sus consultas; por el contrario, los de mayor éxito fueron los ofrecidos en los centros de trabajo.

6. Cambio a largo plazo. Los programas de promoción de la salud basados en la comunidad deben diseñarse para producir cambios estables y duraderos tanto de los comportamientos relacionados con la salud como del ambiente. No es probable que las intervenciones breves, de duración limitada, tengan gran impacto sobre la población. Uno de los objetivos esenciales del Proyecto de las Cinco Ciudades fue ejecutar el programa de manera que *(19)*:

> ... creara una estructura autosostenible de promoción de la salud integrada en el tejido organizativo de las comunidades, capaz de seguir funcionando una vez finalizado el proyecto.

Muchos de los programas (p.ej., el de Pawtucket, el CHIP) intentaron crear tales estructuras construyendo grupos de trabajo, comités y programas sobre la salud del corazón en las escuelas, las organizaciones y la comunidad, de forma que continuaran existiendo después de acabados el "proyecto" o la investigación. Además, incluso durante sus fases de investigación-demostración, casi todos los programas recibieron financiación para varios años, lo que permite desarrollar infraestructuras sanitarias más permanentes.

7. Modificación de las normas comunitarias. A fin de lograr un efecto significativo en toda una organización o comunidad, el programa debe ser capaz de modificar las normas y patrones de comportamiento de las mismas. Para ello, es preciso que una parte importante de los miembros de esa organización o comunidad se vean expuestos a los mensajes del programa o, lo que sería aún mejor, que participen de alguna forma en las actividades de este. Ello se consiguió en el proyecto de Pawtucket en el cual más de 15.000 de los 70.000 habitantes de la ciudad participaron en al menos uno de los programas sobre los cambios de comportamiento relacionados con la salud del corazón durante los primeros tres años de ejecución *(25)*. Los medios de comunicación pueden ser particularmente eficaces para llegar a un gran número de personas. La evaluación de la campaña dirigida al condado de Lycoming a través de dichos medios demostró que 58% de los residentes conocía el CHIP al final del primer año, mientras que la cifra correspondiente al final del segundo año llegó a 78% *(31)*.

8. Investigación y evaluación. Es necesario realizar un proceso exhaustivo y de evaluación e investigación, no solo para documentar los resultados o efectos del programa, sino también para describir su formación y proceso, sus efectos sobre las estructuras de la comunidad y su relación entre coste y eficacia. Todos los programas analizados para este artículo utilizaron diseños cuasi-experimentales, en los que se compararon las comunidades de intervención con comunidades de referencia no sometidas a dicha intervención, a fin de valorar los efectos del programa en

los comportamientos relacionados con la salud y las enfermedades cardiovasculares. Además, en casi todos ellos se hizo una extensa investigación con el fin de documentar el proceso de la intervención. Así, en el Programa de Pawtucket para la Salud del Corazón, todas las personas que participaron en alguna de las actividades patrocinadas por el proyecto completaron una "tarjeta de contacto" (codificada según el tipo de actividad, la fecha y el lugar) que se utilizó para construir un perfil de los involucrados en los distintos programas y documentar el número de "exposiciones" de cada miembro de la comunidad a lo largo del proyecto. Además, se hicieron análisis de contenido de la prensa escrita a fin de comprobar el número y clase de los artículos relacionados con la salud que se publicaron mientras el proyecto se hallaba en operación. Asimismo, la evaluación de sus programas en los centros de trabajo efectuada por el CHIP incluía un estudio de los libros de personal, cuestionarios sobre el estado de salud, creencias y comportamientos, información sobre absentismo y utilización de seguros de salud y registro del número de horas de servicios voluntarios o profesionales prestados.

9. Recursos suficientes. Los recursos económicos, de personal y organizativos disponibles para montar un programa deben ser adecuados si se desea que dicho programa tenga la magnitud suficiente como para afectar apreciablemente a la totalidad del grupo, organización o comunidad de destino. Con frecuencia, la financiación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad es escasa, de corta duración o ambas cosas. La bibliografía está llena de proyectos de demostración bien investigados que se interrumpen después de la fase de investigación por limitación de los recursos *(36)*. Otros sobreviven con poquísimo dinero. Sin embargo, si un programa no puede financiar el pleno empleo de su personal, su integridad quedará comprometida en lo que se refiere a su amplitud, integración y continuidad. Así pues, es importante lograr un amplio apoyo comunitario para obtener la financiación adecuada, que a su vez facilita la extensión de los programas de promoción de la salud. Ello no quiere decir que los programas puedan olvidar los costes de sus intervenciones. El CHIP fue similar en muchos aspectos a otros programas de prevención de ECV (p.ej., el Proyecto de las Cinco Ciudades, los programas de Pawtucket y de Minnesota para la Salud del Corazón, pero pudo operar con un presupuesto mucho menor (inferior a $150.000 anuales) gracias al uso de los recursos disponibles en la comunidad y al empleo de los materiales educativos previamente elaborados por otros programas.

10. Colaboración de los profesionales y de la comunidad. Un programa de promoción de la salud basado en la comunidad necesita la colaboración activa de los expertos en promoción de la salud y de los dirigentes comunitarios. En los programas aquí revisados, hubo gran variedad en cuanto al número de personas contratadas y de profesionales participantes y también con respecto a la persona que tenía la responsabilidad definitiva de tomar decisiones (expertos o dirigentes comunitarios). El mayor grado de satisfacción con la forma en que se había estructurado la colaboración se dio en los programas en que los representantes de la comunidad desempeñaron el papel principal en las decisiones, mientras que los expertos o profesionales proporcionaban recursos materiales y asesoramiento. Al describir este tipo de colaboración en el CHIP, Stukard observó *(31)*:

> ... sorprendentemente, las contribuciones puramente profesionales, aunque imprescindibles, fueron menos importantes de lo previsto. Al comienzo del CHIP, las grandes contribuciones profesionales consistieron en decidir asuntos tales como los factores de riesgo a seleccionar y la ordenación de las prioridades. Los planificadores locales no profesionales comprendieron fácilmente la

justificación de estas decisiones, las que aceptaron con rapidez.

Por el contrario, el Programa de Minnesota para la Salud del Corazón administrado fundamentalmente por los investigadores de una universidad, fue víctima de tensiones surgidas entre ellos y la comunidad. Blackburn et al. *(28)* se refieren a la necesidad de reconciliar la necesidad de los investigadores, preocupados por los objetivos científicos del proyecto, y la necesidad de desarrollar un sentido de propiedad del programa en la comunidad.

CONCLUSIONES

Durante estos últimos 15 años, se ha producido un rápido aumento de los programas de promoción de la salud basados en la comunidad, sobre todo, de los destinados a la prevención de las ECV. En este artículo, hemos preferido centrarnos en la descripción de los procesos esenciales de la organización de tales programas. Basado en el análisis de varios de ellos, hemos subrayado 10 directrices para movilizar a la comunidad a favor de la promoción de la salud. Creemos que estas pautas constituyen un modelo práctico que puede ayudar a investigadores y profesionales a desarrollar su colaboración con la comunidad para ejecutar programas de promoción de la salud.

Aunque creemos que todos los programas analizados tienen mucho que enseñarnos sobre la promoción de la salud basada en la comunidad, también admitimos que esta bibliografía tiene dos limitaciones importantes. La primera es de carácter metodológico. Nuestro artículo se ha centrado en los *procesos* de promoción de la salud basada en la comunidad y no en los *resultados*. Hasta la fecha, solo conocemos el seguimiento de los programas de Carelia del Norte y de Stanford acerca de los cambios de los factores de riesgo de las ECV y de las tasas de ECV existentes en la comunidad. Si bien estos datos indican que los programas han sido eficaces, sería importante demostrar que sus hallazgos pueden reproducirse. La evaluación de los otros programas que se analizaron aquí se está efectuando en la actualidad y cuando concluya será una adición importante a la base de datos de investigación sobre la eficacia de los programas de prevención de las ECV.

La segunda limitación es de tipo conceptual. Aunque los programas de prevención de las ECV basados en la comunidad han trascendido el nivel individual de análisis para desarrollar un enfoque comunitario, en ellos se ignora todavía la influencia de las estructuras políticas y económicas en la salud. La siguiente declaración de McKnight define este aspecto con claridad *(8)*:

> Consideremos la realidad de los más pobres de las sociedades modernas. Sus ingresos son insuficientes. Sus viviendas son peligrosas. El automóvil domina el escaso espacio público disponible, sus escuelas no son capaces de liberar a sus hijos, sus jóvenes no encuentran un lugar en la economía, el crimen es una epidemia y las drogas y el alcohol, una solución. En los hospitales locales abundan los signos de esta realidad, que se reflejan en la frecuencia de las lesiones domiciliarias, los accidentes de tránsito, la violencia entre las personas, las sobredosis de drogas, las intoxicaciones, los embarazos prematuros, el alcoholismo, etc. Es una lista bien conocida . . . el inventario de los costes sanitarios de la impotencia.

Aunque los programas descritos en este artículo pueden resultar útiles, no corrigen los problemas delineados por McKnight. Si realmente deseamos promover la salud a gran escala, deberemos ir más allá del enfoque de desarrollo comunitario que subyace a los programas de prevención de las ECV actuales, para llegar a un enfoque de acción social basado en el reconocimiento de que la distribución desigual del poder y de la riqueza en nuestra sociedad crea tensiones y problemas de salud en los pobres, las minorías y las mujeres *(37)*. El enfoque de acción social de la promoción de la salud supone crear conciencia tanto en los educadores de

salud como en la población general sobre la relación que existe entre las condiciones socioeconómicas y la salud *(38, 39)*. Los esfuerzos actuales han subrayado la tecnología de la promoción de la salud, mientras que este otro enfoque destaca el fondo político de la promoción de la salud. Los educadores para la salud de la comunidad deben trabajar junto con los grupos comunitarios y las organizaciones sociales para defender las políticas cuyo objeto es lograr una distribución más equitativa del poder y de la riqueza. Las implicaciones de estos aspectos en lo que a este artículo se refiere son que, si bien los programas analizados pueden ser de utilidad, también es preciso reconocer sus limitaciones. Para seguir avanzando en la promoción de la salud de la comunidad son tan necesarios los cambios políticos y económicos como los cambios individuales y comunitarios.

Agradecimiento. Una versión más larga de este artículo fue preparada y financiada por la Rama de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud Pública de Ontario. Queremos agradecer su financiación y también dar las gracias a David Vickers por sus comentarios sobre el manuscrito original y a Roy Cameron, Jim Kelly y Larry Wallack por sus comentarios sobre los primeros borradores del mismo.

REFERENCIAS

1. J. M. Michael, The Second Revolution in Health: Health Promotion and Its Environmental Base, *American Psychologist, 37,* pp. 936–941, 1982.
2. E. Nicholls, C. Nair, L. MacWilliam, J. Moen, and Y. Mao, *Cardiovascular Disease in Canada,* Statistics Canada and Health and Welfare Canada, Ottawa, 1986.
3. M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of All Canadians,* Government of Canada, Ottawa, 1974.
4. J. Epp, Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion. Véase la pág. 25 de este libro.
5. A. J. Meyer, J. D. Nash, A. L. McAlister, N. Maccoby, and J. W. Farquhar, Skills Training in a Cardiovascular Health Education Campaign, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* pp. 129–142, 1980.
6. D. E. Moriskey, N. M. DeMuth, M. Field-Fass, L. W. Green, and D. M. Levire, Evaluation of Family Health Education to Build Social Support for Long-Term Control of High Blood Pressure, *Health Education Quarterly, 12,* pp. 35–50, 1985.
7. B. L. Bloom, The Evaluation of Primary Prevention Programs, in *Comprehensive Mental Health: The Challenge of Evaluation,* L. M. Roberts, S. Greenfield and M. H. Miller (eds.), University of Wisconsin, Madison, 1968.
8. J. L. McKnight, Health and Empowerment, *Canadian Journal of Public Health, 76,* pp. 37–38, 1985.
9. J. Rappaport, Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory of Community Psychology, *American Journal of Community Psychology, 15,* pp. 121–144, 1987.
10. A. McAlister, P. Puska, K. Koskela, U. Pallomen, and N. Maccoby, Mass Communication and Community Organization for Public Health Education, *American Psychologist, 35,* pp. 375–379, 1980.
11. A. McAlister, P. Puska, and J. Salonen, Theory and Action for Health Promotion: Illustrations from the North Karelia Project, *American Journal of Public Health, 72,* pp. 43–49, 1982.
12. P. Puska, Community-Based Prevention of Cardiovascular Disease: The North Karelia Project, in *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention,* J D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, and S. M. Weiss (eds.), Wiley, New York, 1984.
13. P. Puska, J. Salonen, K. Koskela, A. McAlister, T. Kottke, N. Maccoby, and J. Farquhar, The Community-Based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease: Conclusions from Ten Years of the North Karelia Project. Véase la pág. 99 de este libro.
14. E. Vartiainen, P. Puska, K. Koskela, A. Nissinen, and J. Tuomilehto, Ten Year Results of a Community-Based Anti-Smoking Program (As Part of the North Karelia Project in Finland), *Health Education Research: Theory and Practice, 1,* pp. 175–184, 1986.
15. L. Neittaanmaki, K. Koskela, P. Puska, and A. McAlister, The Role of Lay Workers in a Community Health Education Program in the North Karelia Project, *Scandinavian Journal of Social Medicine, 8,* pp. 1–7, 1981.
16. P. Puska, J. T. Salonen, J. Tuomilehto, A. Nissinen, and T. E. Kottke, Evaluating Community-Based Preventive Cardiovascular Programs: Problems and Experiences from the North Karelia Project, *Journal of Community Health, 9,* pp. 49–64, 1983.
17. J. Tuomilehto, J. Geours, J. T. Salonen, A. Nissinen, K. Kuudasmoa, and P. Puska, Decline in Cardiovascular Mortality in North Karelia and Other Parts of Finland, *British Medical Journal, 293,* pp. 1068–1071, 1986.
18. J. W. Farquhar, N. Maccoby, P. D. Wood, J. K. Alexander, H. Breitrose, W. B. Brown, W. L. Haskell, A. L. McAlister, A. J. Meyer, J. D. Nash, and M. P. Stern, Community Education for Cardiovascular Health, *Lancet, 1,* pp. 1192–1195, 1977.

19. N. Maccoby and D. G. Altman, Disease Prevention in Communities: The Stanford Heart Disease Prevention Program, in *Fourteen Ounces of Prevention*, R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, and J. Ramos-McKay (eds.), American Psychological Association, Washington, D.C., 1988.
20. N. Maccoby, J. W. Farquhar, P. D. Wood, and J. Alexander, Reducing the Risk of Cardiovascular Disease: Effects of a Community-Based Campaign on Knowledge and Behavior, *Journal of Community Health, 3*, pp. 100–114, 1977.
21. J. D. Nash and J. W. Farquhar, Applications of Behavioral Medicine to Disease Prevention in a Total Community Setting: A Review of the Three Community Study, in *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine. Volume 3: Extended Applications and Issues*, J. M. Ferguson and C. B. Taylor (eds.), Spectrum Publication, Jamaica, New York, 1980.
22. H. Leventhal, M. A. Safer, P. D. Cleary, and M. Gutman, Cardiovascular Risk Modification by Community-Based Programs for Life-Style Change: Comments on the Stanford Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, pp. 150–158, 1980.
23. J. W. Farquhar, S. P. Fortmann, N. Maccoby, W. L. Haskell, P. T. Williams, J. A. Flora, C. B. Taylor, W. B. Brown, D. S. Solomon, and S. B. Hulley. The Stanford Five City Project: Design and Methods. *American Journal of Epidemiology*, 122, pp. 323–343, 1985.
24. J. W. Farquhar, S. P. Fortmann, N. Maccoby, P. D. Wood, et al., The Stanford Five City Project: An Overview, in *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease* Prevention, J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, and S. M. Weiss (eds.), Wiley, New York, 1984.
25. T. Lasater, D. Abrams, L.Artz, et al. Lay Volunteer Delivery of a Community-Based Cardiovascular Risk Factor Change Program: The Pawtucket Experiment, in *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Preventon*, J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, and S. M. Weiss (eds.), Wiley; New York, 1984.
26. R. C. Lefebvre, T. M. Lasater, R. A. Carleton, and G. Peterson, Theory and Delivery of Health Programming in the Community: The Pawtucket Heart Health Program, *Preventive Medicine, 16*, pp. 80–95, 1987.
27. R. C. Lefebvre, G. S. Peterson, S. A. McGraw, T. M. Lasater, L. Sennett, L. Kendall, and R. A. Carleton, Community Intervention to Lower Blood Cholesterol: The "Know Your Cholesterol" Campaign in Pawtucket, Rhode Island, *Health Education Quarterly, 13*, pp. 117–129, 1986.
28. H. Blackburn, R. Luepker, F. G. Kline, N. Brocht, R. W. Carlaw, D. R. Jacobs, M. B. Mittlemark, L. Stauffer, and H. L. Taylor, The Minnesota Heart Health Program: A Research and Demonstration Project in Cardiovascular Disease Prevention, in *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, and S. M. Weiss, (eds.), Wiley, New York, 1984.
29. R. W. Carlaw, M. B. Mittlemark, N. Bracht, and R. Luepker, Organization for a Community Cardiovascular Health Program: Experiences from the Minnesota Heart Health Campaign, *Health Education Quarterly, 11*, pp. 243–252, 1984.
30. M. B. Mittlemark, Community-Wide Prevention of Cardiovascular Disease: Education Strategies of the Minnesota Heart Health Program, *Preventive Medicine, 15*, pp. 1–17, 1986.
31. A. J. Stunkard, M. R. J. Felix, and R. Y. Cohen, Mobilizing a Community to Promote Health: The Pennsylvania County Health Improvement Program (CHIP), in *Health Psychology*, J. C. Rosen and L. J. Solomon (eds.), University Press of New England, Hanover, New Hampshire, 1985.
32. D. G. Simons-Morton, B. G. Simons-Morton, G. S. Parcel, and J. F. Bunker, Influencing Personal and Environmental Conditions for Community Health: A Multilevel Intervention Model, *Family and Community Health* 11, pp. 25–35, 1988.
33. B. Tableman, A Community Model for Prevention Services, *Prevention in Human Services, 3*, pp. 87–99, 1985.
34. L. Wallack and N. Wallerstein, Health Education and Prevention: Designing Community Initiatives, *International Quarterly of Community Health Education, 7*, pp. 319–342, 1987.
35. M. A. Preston, T. Baranowski, and J. C. Higginbotham, Orchestrating the Points of Community Intervention: Enhancing the Diffusion Process, *International Quarterly of Community Health Education* 9, pp. 11–34, 1988.
36. R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, and J. Ramos-McKay, The Search for Effective Prevention Programs: What We Learned Along the Way, *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, pp. 49–58, 1989.
37. J. Ratcliffe and L. Wallack, Primary Prevention in Public Health: An Analysis of Basic Assumptions, *International Quarterly of Community Health Education, 6*, pp. 215–239, 1986.
38. N. Freudenberg, Training Health Educators for Social Change, *International Quarterly of Community Health Education, 5*, pp. 37–52, 1984.
39. R. Labonte and W. J. Shannon, "The Unequal Society": Descriptive Evaluation of a Community Health Education project, *International Qaurterly of Community Health Education, 7*, pp. 41–49, 1986.

LA EVALUACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. UNA REVISIÓN DE SUS PROGRESOS, POSIBILIDADES Y PROBLEMAS

Don Nutbeam,[1] Christopher Smith[2] y John Catford[2]

La calidad de la evaluación en el campo de la educación para la salud ha sido un gran obstáculo para lograr mejores intervenciones y un mayor reconocimiento de la importancia de esta disciplina en el mejoramiento de la salud pública. En años pasados, la urgencia de los problemas inmediatos de salud, la orientación práctica de los educadores para la salud y la naturaleza compleja de la evaluación aplicada a la educación para la salud hicieron que, en general, las intervenciones se basaran únicamente en investigaciones limitadas y prestaran escasa o ninguna atención a la necesidad de evaluar. El progreso de la evaluación ha sido muy lento.

Durante los últimos 20 años se ha prestado más atención a la necesidad de evaluar, especialmente en los Estados Unidos, lo que ha llevado a un aumento de la calidad y a una diversidad de ejemplos de proyectos y programas de educación para la salud bien evaluados.

Este trabajo se basa en una revisión de la bibliografía, cada vez más amplia, sobre el tema de la evaluación en la educación para la salud e ilustra aspectos esenciales con ejemplos procedentes de una amplia gama de programas evaluados. Se propone un marco para evaluar los programas de educación para la salud y se hacen sugerencias para mejorar la investigación en este campo.

Fuente: *Journal of Epidemiology and Community Health* 1990;44:83–89. Se publica con permiso del BMJ Publishing Group, Londres, Inglaterra.

[1]Autoridad para la Promoción de la Salud de Gales, Cardiff, Gales, Reino Unido.

[2]Instituto para la Promoción de la Salud, Universidad de Gales, Facultad de Medicina, Gales, Reino Unido.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

A medida que se conocen mejor las relaciones que existen entre los comportamientos individuales, las condiciones del entorno y los riesgos para la salud, aumenta también la contribución potencial de la educación para la salud al mejoramiento de la salud pública. El término "educación para la salud" puede considerarse limitado a las intervenciones basadas en la provisión de oportunidades de aprendizaje encaminadas a cambiar los comportamientos que pueden ser dañinos para la salud o incluir el mantenimiento de los comportamientos saludables. Puede abarcar la comunicación personal o a través de los medios de comunicación, y la educación para la salud puede orientarse hacia el individuo o hacia grupos de individuos (*1*). Esta definición tan estrecha olvida otras formas de intervención

que se dirigen a mejorar el estado de salud mediante, por ejemplo, la provisión de servicios de detección sistemática o profilaxis, el control del medio ambiente, la legislación o el desarrollo de políticas en el seno de las organizaciones. Esta otra gama más amplia de intervenciones suele cubrirse bajo el término de "promoción de la salud".

En la práctica, sin embargo, estas distinciones tienen menos significado y muchos consideran que los dos enfoques son interdependientes. La "promoción de la salud" exige la participación de una población conocedora del proceso de lograr el cambio de las condiciones que determinan la salud (*2*). En circunstancias normales, la educación para la salud es una herramienta imprescindible en ese proceso. Por lo tanto, en este trabajo se analizan intervenciones que consisten en acciones ejecutadas con una base más amplia que las reflejadas en la definición más estricta de educación para la salud.

El problema de definir la educación para la salud ha influido tanto en los resultados previstos de las intervenciones (es decir, en los parámetros a medir) como en la metodología a emplear (es decir, la forma en que aquellas deben ser ejecutadas). El marco desarrollado a los fines de este artículo abarca la amplia gama de métodos de evaluación legítimos que pueden aplicarse en el contexto definido en los párrafos anteriores.

INTERVENCIONES EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD, ¿ARTE O CIENCIA?

Casi todas las amenazas a las que se enfrenta hoy en día la salud pública en los países desarrollados se prestan a algún tipo de prevención. Por ejemplo, en lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, las causas principales de mortalidad prematura, numerosas pruebas epidemiológicas demuestran la relación que existe entre ciertos comportamientos individuales, como el hábito de fumar, la dieta, el alcohol y el aumento del riesgo. Así pues, la epidemiología investiga *la necesidad y la base causal* de la intervención. Estudios adicionales en el campo de las ciencias sociales y del comportamiento indican la importancia de una serie de características personales, sociales y ambientales que a su vez influyen en esos comportamientos. Estos estudios investigan *el ámbito del contenido* de la intervención.

Los programas para reducir el riesgo dependen de la calidad de esos estudios básicos de investigación. En algunos casos, las relaciones identificadas son muy fuertes, como ocurre con el fumar cigarrillos y el cáncer de pulmón. En otros, las pruebas son más débiles y la relación es más compleja, como sucede en la que asocia el comportamiento de tipo A y la cardiopatía isquémica. En el primer caso, existen razones poderosas para la acción; en el segundo, la naturaleza y el contenido de cada acción deberán adaptarse a las pruebas y reflejar las ambigüedades de las mismas.

Una vez establecida la relación causal entre un comportamiento individual y el aumento del riesgo para una enfermedad dada, se podrá determinar si la educación para la salud sería una estrategia de intervención factible, en función de la base teórica establecida para lograr el cambio personal o social. Esto podría incluir, por ejemplo, la teoría del aprendizaje social, la teoría de la difusión de las innovaciones, las prácticas de comercialización social, el desarrollo de la comunidad, etc. (*3–6*). Por lo tanto, la investigación en educación para la salud estudia las *metodologías del cambio* para la intervención.

Estos tres elementos básicos: *la causa, el contenido y el método*, constituyen los componentes que hacen falta para evaluar y comprender el éxito de una intervención de educación para la salud y demuestran la necesidad de obtener información de numerosas fuentes de teoría e investigación básicas antes de aplicar cualquier intervención. Esta base subraya también la vulnerabilidad de las intervenciones de educación para la salud, ya que con demasiada frecuencia dependen de datos científicos insuficientes

sobre la causa o el contenido. En última instancia, si la base científica es débil, resultará mucho más difícil conseguir el cambio y, por tanto, demostrar un resultado favorable.

LA EVALUACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El término "evaluación" significa cosas muy distintas para las diferentes personas y puede analizarse desde varias perspectivas, dependiendo en última instancia de la escala y objetivos del programa de intervención de que se trate. Las preguntas de evaluación que hacen los científicos de la salud, los dirigentes políticos y los profesionales de la salud son muy distintas, pero igualmente válidas, y todos ellos pretenden extraer diferentes conclusiones del proceso de evaluación. Este trabajo se centra en dos tareas imprescindibles para toda evaluación: establecer el resultado y comprender el proceso de cambio.

La importancia relativa de estas dos dimensiones varía en función de la fase de desarrollo del proyecto de educación para la salud y de la audiencia objetivo de la evaluación. La figura 1 ilustra un modelo jerárquico para ilustrar este asunto. Establece la pregunta principal de cada una de las tres fases clave de ese desarrollo e ilustra la forma de alcanzar el equilibrio entre el resultado y el proceso en cada una de esas fases.

En la primera fase, domina la evaluación del resultado y su propósito debe consistir, sencillamente, en determinar si se han logrado los puntos finales deseados; sin embargo, incluso en esta fase es deseable comprender las variables que influyen en el proceso de cambio, aunque solo sea para controlarlas en la construcción de un diseño experimental de evaluación. En general, esta fase es la que más interesa a los investigadores académicos y, en consecuencia, es la que más ejemplos tiene en la bibliografía científica, con evaluaciones que aspiran a demostrar la consecución de un resultado. Por lo general esos estudios estrictamente limitados son de escaso interés para los profesionales y los políticos, pues con ellos no suele ser posible demostrar el ámbito y las limitaciones aplicables a un uso más amplio.

Si un programa consigue el resultado deseado en condiciones óptimas, la siguiente tarea de evaluación consistirá en dilucidar si este programa puede o no repetirse. Puesto que el diseño experimental exige objetivos y condiciones estrictamente definidos, no hay garantía alguna de que un programa de intervención similar pueda funcionar también en otro momento o lugar, o gestionado

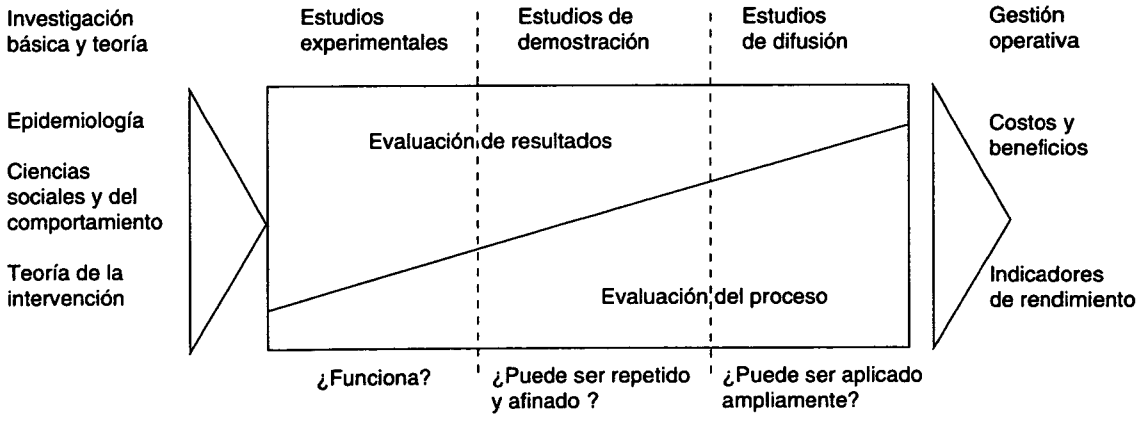


FIGURA 1. Modelo de desarrollo para la evaluación de los programas de educación para la salud

por distintas personas (a menudo menos entusiastas). En esta fase, la tarea de evaluación se amplía. Por una parte, debe seguir valorando la eficacia en los distintos marcos, pero por otra debe usar los datos reunidos a lo largo de todo el trabajo para investigar las variables profesionales, organizativas y de población que influyen en la probabilidad de éxito. El propósito de la evaluación no consiste únicamente en valorar si una intervención funciona, sino en saber *por qué* funciona para ver si puede o no ser repetida o refinada. En consecuencia, es preciso emplear una amplia gama de métodos de evaluación. Parece que esta fase ofrece menos interés a los investigadores académicos, aunque podría ser mucho más útil para los profesionales y dirigentes políticos.

Si puede demostrarse que una intervención es eficaz en condiciones óptimas y que puede reproducirse con eficacia y seguridad en distintas circunstancias, su éxito definitivo dependerá de que logre la máxima captación por sus beneficiarios potenciales. Los objetivos clave de la evaluación en esta tercera fase han sido ilustrados en la figura y guardan menos relación con la valoración de la eficacia de la intervención en términos de cambio de comportamiento o reducción del riesgo y más con la penetración de los programas en la población objetivo y con el estudio del proceso de difusión de la ejecución a gran escala. En este último caso, los estudios que investigan la aceptación y el empleo que hacen de ellos los grupos profesionales, la valoración de la aceptación de las intervenciones por los usuarios, y la identificación de las limitaciones y oportunidades estructurales que presentan las organizaciones (tales como las escuelas y los servicios de salud) ayudan a comprender el éxito o el fracaso del proceso de difusión. A este nivel, la investigación de la evaluación tiene más significado y pertinencia para los profesionales y los rectores políticos pero, a juzgar por la escasez de ejemplos publicados, es la que menos interés ofrece a los investigadores académicos.

Después de esta fase, las tareas básicas de la evaluación se orientan hacia el respaldo de la gestión de los programas. Entre ellas destacan la vigilancia de la calidad de la prestación de los programas y la apreciación del valor [obtenido] por el dinero [invertido]. Una evaluación más sofisticada de este "valor" puede consistir, por una parte, en ensayos comparativos controlados de distintos tipos de intervenciones de educación para la salud y, por otra, en análisis de los costos y beneficios de la educación para la salud, en comparación con otras formas de intervención o de acción. Aunque se han realizado estudios sobre las relaciones costo-eficacia y costo-beneficio en lo que respecta a la educación para la salud *(7–9)*, siguen siendo en gran parte temas infradesarrollados y no se tratará de ellos en este artículo.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuando se valoran los resultados de una intervención, es preciso plantear dos preguntas básicas: ¿puede observarse un cambio de las variables definidas? y si es así ¿puede atribuirse el cambio observado a la intervención? No es posible tratar con detalle en este artículo todos los problemas y aspectos metodológicos que surgen al buscar las respuestas. Algunos, como el tamaño y selección de la muestra, las técnicas de recogida de datos y las tasas de respuesta, son comunes a todas las formas de investigación en evaluación, sobre todo en las empleadas por las ciencias sociales y del comportamiento. Todos ellos pueden estudiarse con mayor profundidad en muchas publicaciones especializadas *(10–12)*. Sin embargo, hay dos facetas que producen problemas especiales en materia de evaluación de la educación para la salud y que se analizarán más detalladamente en los párrafos siguientes: el diseño del estudio y la medición válida de los resultados de salud.

Diseño del estudio

Es bien sabido que el diseño experimental básico y, sobre todo, el diseño aleatorio con-

trolado son los métodos ideales de evaluación *(10)*. La clave del éxito con estos diseños sigue consistiendo en obtener la máxima validez interna del estudio mediante una evaluación muy bien estructurada, dirigida a valorar los efectos de una intervención en condiciones óptimas. Los elementos básicos del diseño experimental son los estudios preprueba, destinados a establecer las mediciones basales, el uso de una muestra representativa de la población objetivo, la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de intervención y control, el uso de intervenciones claramente definidas y los estudios posprueba para identificar el cambio a partir de las mediciones basales.

Al evaluar la educación para la salud resulta difícil el seguimiento estricto de estos criterios básicos del diseño experimental *(13)*. De los estudios publicados parece deducirse que el diseño experimental, en su mayor parte, se ha aplicado a las intervenciones monofactoriales, sobre todo al abandono del hábito de fumar, y a las realizadas en sistemas "cerrados" como las escuelas *(14)*, los centros de salud *(15–18)* y los centros de trabajo *(19, 20)*.

Fuera de estos sistemas u organizaciones manejables, el problema más importante al que se han enfrentado los investigadores es el uso de un grupo aleatorio de control, que puede dividirse en dos dimensiones. La primera es práctica, y se refiere a la posibilidad de separar artificialmente dos grupos en una comunidad definida. La segunda es estratégica y guarda relación con el uso de comunidades como focos de intervención. La experiencia del Ensayo de Intervención de Factores de Riesgo Múltiples (Multiple Risk Factor Intervention Trial, MRFIT) de los Estados Unidos demuestra las dificultades prácticas de hacer asignaciones aleatorias enuna comunidad. En este caso, los individuos asignados a los grupos de intervención y control, que en ambos casos fueron voluntarios de alto riesgo, eran a menudo vecinos, amigos o colegas. En consecuencia, se daba la posibilidad de "contaminación" de los testigos, ya que estos podían recibir la información y la bibliografía que formaban parte de la intervención. Además, los dos grupos pertenecían a un medio social que se inclinaba cada vez más hacia la promoción de la salud. En consecuencia, las diferencias entre ambos en lo que a las cifras de colesterol sérico y presión arterial diastólica se refiere fueron menores de lo previsto en el diseño original del estudio, lo que a su vez comprometió el análisis estadístico y las conclusiones que pudieron extraerse *(21)*.

En las intervenciones diseñadas para influir en el comportamiento humano y en las interacciones sociales, la asignación artificial de los sujetos de las comunidades a grupos de intervención y control no solo no resulta práctica, sino que es a menudo imposible, pues crea obstáculos muy poco realistas al diseño. Por ejemplo, es casi imposible emplear los medios de comunicación de forma tal que solo afecten al grupo de población seleccionado aleatoriamente (si bien ello se ha conseguido en una comunidad que tenía dos redes de televisión por cable completamente separadas *[22]*. Además, muchas iniciativas de educación para la salud utilizan activamente los sistemas y redes ya existentes en la comunidad, como las organizaciones de voluntarios y los grupos de ciudadanos. También en estas circunstancias la separación artificial de los sujetos supone un obstáculo para la posibilidad de usar estas redes comunitarias.

Además de estas limitaciones prácticas, el diseño estratégico de estas intervenciones pretende influir en las poblaciones y no en los individuos. Así ha sucedido, especialmente en los programas de prevención de las enfermedades cardiovasculares como los efectuados en Carelia del Norte *(23)*, Stanford *(24)* y Gales *(25)*. En todos ellos, la estrategia se diseñó con objeto de lograr cambios masivos en la prevalencia de los factores de riesgo y de la infraestructura, y no para modificar el comportamiento de individuos definidos.

La propia naturaleza de las intervenciones basadas en la comunidad impide el control experimental de muchas variables. Las comunidades son sistemas complejos y cambiantes; por ejemplo, están sometidas a grados variables de migración que diluyen el impacto potencial de las intervenciones. Pueden producirse acontecimientos imprevistos (como un aumento de la tasa de desempleo en relación con una determinada industria) que influirán en una de las comunidades implicadas en el estudio de una forma no compartida por las demás. También existen limitaciones a la libertad para elegir aleatoriamente las comunidades; por ejemplo, los medios de comunicación con frecuencia van más allá de las fronteras comunitarias. Sin embargo, lo más importante es que probablemente la cadena causal es más compleja y difícil de trazar en un sistema comunitario que en un ensayo de investigación clínica sobre voluntarios, aplicación clásica del estudio aleatorio controlado *(26)*.

La solución habitualmente buscada a este problema consiste en desarrollar el diseño de estudio cuasi-experimental. Esta ha sido la opción adoptada por la mayor parte de los programas comunitarios de prevención de enfermedades cardíacas de los Estados Unidos y Europa, en los que las variables fundamentales de salud y demografía de la población objeto de la intervención se equiparan con las de otra población de referencia geográficamente lejana *(25–28)*. En estos ejemplos la separación sirve al menos para reducir al mínimo la contaminación causada por el uso de medios de comunicación. Sin embargo, la asignación no aleatoria de las áreas de intervención y control reduce la capacidad de los programas para atribuir el cambio a la intervención, lo que ha obligado a adoptar estrategias adicionales para reforzar las inferencias sobre los efectos del programa. Entre ellas se encuentran introducir por fases las intervenciones en las comunidades *(20, 29)*, variar la intensidad de la intervención en las diferentes poblaciones *(21, 30)* y hacer ajustes de las diferencias basales mediante análisis de covarianza *(24)*.

Otras posibilidades de evaluación en los casos en que el diseño experimental resulta imposible son las basadas en el uso de una muestra de conveniencia, es decir, no representativa *(31)*, en el empleo exclusivo de estudios posprueba *(32)* o en combinaciones de las mismas asociadas a diseños cuasi-experimentales *(33)*. Cada modificación introducida supone un debilitamiento de la metodología de la intervención pero no invalida necesariamente los hallazgos. Green y Lewis han propuesto una jerarquía de los criterios del diseño experimental antes expuestos que permite elegir las mejores combinaciones de elementos en función de las distintas circunstancias *(10)*.

Medición de los resultados

En los ensayos clínicos, los resultados se miden tradicionalmente en términos de morbilidad y mortalidad. En algunas evaluaciones de educación para la salud también se ha intentado utilizar esos parámetros *(p.ej. 13, 25, 27, 28)*; aunque en ellas es mucho más frecuente usar las determinaciones biológicas (p.ej., presión arterial, colesterol sérico, peso corporal) y las de comportamientos saludables (p.ej., ausencia de hábito de fumar, dieta, ejercicio). También es legítimo medir los cambios de las características personales, sociales y ambientales que influyen en el comportamiento, especialmente porque la modificación de estos factores forma la base de la mayor parte de las intervenciones de educación para la salud. De hecho, cuanto más se alejen las intervenciones de este punto de partida, más difícil resultará la inferencia causal. Los estudios en los que se ha pretendido encontrar una relación directa entre la educación para la salud basada en la comunidad y los cambios posteriormente observados de la morbilidad y la mortalidad han resultado, a la vez, frágiles y controvertidos *(34, 35)*.

En lo que se refiere a medir el cambio del riesgo fisiológico, el protocolo de

Vigilancia Multinacional de Tendencias y Factores Determinantes de la Enfermedad Cardiovascular (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease, MONICA *[36]*) proporciona unos patrones para evaluar la fiabilidad y validez que han sido aplicados a múltiples estudios epidemiológicos y de evaluación de educación para la salud. Así sucede, por ejemplo, con los procedimientos utilizados en el Programa Europeo de Intervención Integrada de Alcance Nacional en Enfermedades no Transmisibles de la OMS (CINDI, *[37]*) y el Programa Heartbeat de Gales *(38)*. No obstante, no hay un patrón comparable para medir los comportamientos saludables. De hecho, la definición y medición de los comportamientos relacionados con la salud y las variables que pueden influir en ellos han representado un desafío para la habilidad de los investigadores durante decenios. La tarea puede resultar relativamente sencilla cuando se trata de definir y medir el comportamiento con respecto al hábito de fumar, pero es mucho más compleja en otras áreas, como la evaluación de los comportamientos dietéticos o los patrones de actividad física (el comportamiento de los *jóvenes* con respecto al tabaco sigue siendo un desafío para los investigadores de hoy *[39–41]*). La medición de las actitudes y valores, de la capacidad personal y social y del cambio del entorno resulta potencialmente aún mas problemática *(42)*.

La solución a estos problemas se ha basado en la elaboración de cuestionarios, pruebas y escalas fiables, una ciencia (y un arte) que ha experimentado un desarrollo considerable durante los dos últimos decenios. Tampoco en este caso es posible considerar con detalle el proceso de elaboración de un cuestionario válido, por lo que los lectores interesados deberán consultar otras publicaciones (p.ej. *43*). Sin embargo, podemos destacar que los cuestionarios empleados para medir los comportamientos deben ser validados objetivamente en la medida en que resulten prácticos y sean utilizados constantemente a lo largo del tiempo. Se han hecho evaluaciones basadas en la validación bioquímica del estado de fumador en ciertos programas para dejar de fumar ejecutados en escuelas *(44–46)*, centros de salud *(47, 48)* y lugares de trabajo *(49)*. Todas han tenido en común tasas engañosas basadas en números muy bajos de sujetos *(50)* y que la cifra de cigarrillos consumidos no ha podido ser validada, ya que las pruebas bioquímicas disponibles no son lo bastante sensibles como para permitir esta validación. Se han usado igualmente análisis bioquímicos para validar el consumo autonotificado de alcohol y se han tomado medidas exactas del peso y de la talla para validar los valores notificados *(38, 51)*.

Cuando se trata de comportamientos relacionados con la salud que son difíciles de definir y valorar, en los estudios de evaluación diseñados para detectar el cambio producido a lo largo del tiempo suelen emplearse "marcadores" del comportamiento. Por ejemplo, en el caso de la nutrición, se ha utilizado el recuerdo de lo que se ha consumido en las últimas 24 horas *(26, 52)*. Sin embargo, se admite en general que esta metodología es excesivamente compleja y costosa para ser aplicada en las encuestas a gran escala que precisan cifras importantes (con frecuencia superiores a 1.000) a fin de poder demostrar que ha habido un cambio estadísticamente válido a lo largo del tiempo. Un enfoque más práctico ha consistido en identificar los alimentos clave que representan fuentes dietéticas importantes de, por ejemplo, grasa o azúcar y centrarse en la evaluación del cambio de consumo de los mismos *(53)*. En general, este proceso, más simple y aceptable, es lo bastante sensible como para evaluar el cambio de dieta de una comunidad. Se han diseñado métodos equivalentes para determinar los patrones de ejercicio físico de las comunidades *(54, 55)*.

Se ha prestado una atención similar a los detalles de la elaboración de instrumentos destinados a medir los cambios de los determinantes de los comportamientos relacionados con la salud y de los factores del entorno. Por ejemplo, durante los últimos 20 años se han hecho esfuerzos considerables para elaborar pruebas y escalas que permitan medir de forma fidedigna las di-

mensiones personales y sociales de comportamientos tales como la autoestima, el núcleo de control y la conducta de tipo A *(56–58)*. En otros estudios se ha querido evaluar el cambio del entorno, como la introducción de limitaciones al consumo de tabaco en los lugares públicos *(59)*.

Evidentemente, todavía no se dispone de conjuntos "precocinados" de herramientas aplicables a áreas tan complejas como la medición de resultados. Hemos aprendido mucho gracias a la investigación realizada en años pasados y tenemos una gama cada vez mayor de métodos normalizados para medir los comportamientos relacionados con la salud y sus determinantes. Por ejemplo, gracias a un grupo de investigación multinacional europeo creado por la OMS, existen hoy definiciones e instrumentos de encuesta comunes para medir los comportamientos de los niños *(60)*. Un uso más constante de las técnicas de medición en la investigación de la educación para la salud no solo contribuiría a mejorar la confianza en los patrones, sino que ofrecería la ventaja adicional de incrementar la comparabilidad de los estudios.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Tras la evaluación del resultado, es preciso situar siempre la comprensión del proceso, puesto que la medición solo tendrá importancia si es posible demostrar que la intervención ha logrado las metas que pretendía. La evaluación del proceso permite valorar la forma en que se ejecutó el programa, las actividades de intervención efectuadas según qué circunstancias, por quién, cuál fue la audiencia de las mismas y qué grado de esfuerzo fue necesario *(61)*. También puede ayudar a atribuir causalidad a la intervención del programa *(24, 25)*. No obstante, varios revisores han lamentado el deficiente estado y la calidad a menudo mala de la evaluación de los procesos en la educación para la salud *(62, 63)*. Se ha dicho que ello podría deberse a que entre los investigadores ha surgido un sistema de valores que otorga mayor peso a la experimentación empírica y que tiende a ignorar la importancia de la investigación relacionada con el proceso (conocida a menudo como investigación "blanda"). Ello podría explicarse porque los métodos aplicados a la investigación del proceso están peor definidos y también porque sencillamente no son bien conocidos por los investigadores habituados al diseño experimental. La consecuencia es que estos métodos se aplican de forma inadecuada o que cuando se aplican correctamente su evaluación en el arbitraje académico es inadecuada.

Aunque los programas con estrategias de evaluación del proceso bien desarrolladas son relativamente raros, en los trabajos publicados pueden identificarse varios métodos de evaluación básicos y a menudo interrelacionados. Aquí revisaremos algunos ejemplos de los tres enfoques esenciales: el análisis de las redes, los estudios de exposición al programa y la evaluación de la aceptación del programa.

Análisis de las redes

El análisis de las redes es, en esencia, el proceso que consiste en seguir el progreso de las comunicaciones en una comunidad de tamaño adecuado, estableciendo aspectos tales como la dilución o distorsión de las aportaciones del programa, así como su eficacia relativa en la producción del cambio *(64)*. Este proceso ha sido aplicado a programas comunitarios a fin de comprender la dinámica del cambio en las redes sociales o profesionales preestablecidas de la comunidad y obtener pruebas que apoyen la inferencia causal en los estudios cuasiexperimentales *(24, 25, 65)*. Por ejemplo, en el Programa Heartbeat de Gales se hicieron encuestas entre los profesionales clave de la educación para la salud, como los médicos generales y los visitadores sanitarios, para comprender mejor las oportunidades y obstáculos que podrían encontrarse en el momento de ejecutar programas de inter-

vención evaluados previamente. También se utilizaron encuestas para vigilar los cambios de actitud y de práctica de la educación para la salud producidos en estos grupos que pudieran servir de apoyo en la evaluación de los resultados *(66, 67)*. De igual modo, se han hecho estudios para dilucidar las prácticas y políticas de organización con objeto de ayudar a establecer el ámbito de la ejecución y controlar el uso de las intervenciones de educación para la salud en escuelas, servicios de salud y centros de trabajo *(59, 68–70)*.

Exposición al programa

Un aspecto esencial de la intervención de todo programa de educación para la salud debe ser lograr el máximo contacto con la población objetivo. A fin de evaluar los efectos de una intervención, es imprescindible determinar la magnitud y el nivel de exposición a esa intervención. Al igual que en los ensayos sobre fármacos hay que medir el efecto de la relación diferencial entre dosis y respuesta, la evaluación de la educación para la salud debe tener en cuenta esta dimensión. Esta tarea resulta relativamente sencilla cuando la intervención está claramente definida (por ejemplo, asistencia a un grupo para dejar de fumar *[18]*), pero es mucho más compleja en los programas comunitarios habituales, en los que la intervención es menos fácil de definir y la exposición, mucho más difícil de comprobar. Los métodos empleados para medir la exposición a los programas de educación para la salud varían desde la simple auditoría y mantenimiento de registros hasta la vigilancia más sofisticada de los grupos previamente definidos. El Programa de Pawtucket para la Salud del Corazón (Pawtucket Heart Health Program) es un ejemplo de estrategia global de medición de la exposición. En este programa, la exposición se controla mediante el uso de tarjetas de contacto especialmente diseñadas y que todos los participantes deben completar. Cada tarjeta lleva unos códigos especiales que indican el tipo de intervención de que se trata y el lugar y la fecha en que se lleva a cabo. Los datos así obtenidos se emplean para establecer el perfil demográfico de los participantes, documentar el número total de exposiciones al programa de cada uno de ellos, evaluar el impacto del programa a corto y largo plazo mediante encuestas telefónicas de seguimiento y proporcionar un registro histórico de toda la intervención *(71)*. En otros estudios menos profundos sobre el alcance de ciertos programas se han investigado la conciencia que tenía la comunidad de las intervenciones realizadas *(25, 65, 72)* y el conocimiento y uso por los maestros de los proyectos de educación para la salud basados en la escuela *(68, 73, 74)*.

Aceptación del programa

Aunque un grupo de investigadores muy motivados, que trabaje con voluntarios igualmente motivados, puede evaluar un programa y determinar su eficacia, de ello no necesariamente se deduce que ese programa será bien recibido y ejecutado cuando se traslade al "mundo real". Los estudios que valoran la aceptación de los programas para facilitar la difusión máxima de los proyectos constituyen una parte esencial de los procesos de evaluación. Estos estudios de aceptación se refieren tanto a los educadores para la salud como a la población objetivo o grupo de usuarios. En el primer caso, se investigan las experiencias de los educadores a la hora de ejecutar las intervenciones, la aceptación de las distintas actividades del programa, los efectos percibidos de los proyectos y las sugerencias de modificación. Pueden encontrarse ejemplos de estas evaluaciones hechas en grupos profesionales, sobre todo en maestros *(68, 73–75)* y grupos de iguales *(76, 77)*.

Son menos los informes publicados sobre evaluaciones que hayan tenido en cuenta la opinión de los receptores del programa. También puede comprobarse que las opiniones de los pacientes no suelen formar parte de los ensayos clínicos *(78)*. En el campo de la edu-

cación para la salud, podemos encontrar el ejemplo del uso por los médicos generales de un programa de intervención contra el tabaco, en el que se preguntaba a los receptores acerca de la aceptación de los médicos que ayudan a la gente a dejar de fumar *(79)*. Otros ejemplos de programas que han adoptado técnicas estructuradas para conocer la reacción de la población ante las intervenciones son los que usan encuestas postales, paneles de control comunitario y trabajo en grupos definidos *(25, 32, 62)*.

Estos tres ejemplos sobre el papel y carácter de la evaluación del proceso ilustran la importancia de esta tarea complementaria en la evaluación de la educación para la salud. En un primer nivel, la evaluación del proceso puede respaldar e incrementar la inferencia causal en los estudios de diseño cuasi-experimental. En un segundo nivel, traza el camino que permite repetir, afinar y difundir los estudios experimentales básicos. De este modo, la evaluación del proceso adquiere una importancia especial para los rectores políticos y los profesionales.

CONCLUSIONES

La investigación y la evaluación en el campo de la educación para la salud han experimentado un notable crecimiento en el último decenio. En este artículo se han comentado distintos trabajos publicados sobre la evaluación de los programas de educación para la salud que revelan tanto los progresos conseguidos como los problemas que plantea. Los progresos pueden deducirse de la creciente sofisticación y eficacia de los métodos empleados. Los problemas pueden identificarse, sobre todo, en la idoneidad del uso de los diseños de estudio convencionales y en el equilibrio entre el esfuerzo de investigación y la información que surge de él y que influye en la política a trazar.

Muchos de los problemas a que se enfrentan los investigadores que desean evaluar la educación para la salud surgen de que tanto la intervención como la evaluación se basan en expectativas exageradas. Como se señaló antes, la investigación en educación para la salud es un campo complejo que depende en gran medida de la calidad de la investigación básica efectuada tanto en epidemiología como en cuanto a los comportamientos. Cuanto más débil sea esta investigación básica, menos probable será lograr el cambio y atribuir el cambio observado a la intervención. Para encontrar la relación causal entre una intervención comunitaria y las variaciones posteriores de la mortalidad a largo plazo hay que reconocer un camino lleno de obstáculos, y a la vez es poco realista e incorrecto pretender que todos los programas lo van a lograr. Es mucho más importante juzgar las intervenciones en educación para la salud por su capacidad para modificar los factores y comportamientos de riesgo y los factores personales, sociales y ambientales que influyen en ellos. Lograr el cambio a este nivel es la tarea básica de la educación para la salud.

Tampoco ha sido realista pretender evaluar los resultados a partir de los diseños de investigación experimental desarrollados en otros campos de la ciencia médica. Esta conducta resulta inadecuada a dos niveles. En primer lugar, las limitaciones de la estrategia de intervención impuesta por los diseños experimentales hacen casi imposible que puedan utilizarse los enfoques basados en la comunidad, que son considerados como los más valiosos, ya que con ellos se puede influir, al menos en teoría, en todos los factores que influyen en los comportamientos relacionados con la salud. En segundo lugar, los ensayos aleatorios controlados constituyen una herramienta científica tan potente y convincente para evaluar los resultados que han tendido a eclipsar el valor y pertinencia de otros métodos también destinados a evaluar los resultados y el propio proceso de cambio.

En el futuro, deberían apoyarse y desarrollarse los diseños de evaluación de resultados más factibles y adecuados que hayan sido ensayados en los programas tanto actuales

como realizados en años pasados. También será esencial prestar mayor atención a la importancia de comprender el proceso del cambio desde las propias intervenciones e incluir esta dimensión como parte fundamental de la tarea de evaluación. Existen técnicas útiles para evaluar los procesos en la educación para la salud, pero rara vez se emplean o se comunican. La escasez de trabajos publicados sobre la evaluación del proceso en la investigación de la educación para la salud refleja el hecho de que los investigadores todavía no la toman en serio. El desafío consiste en elaborar diseños de evaluación pertinentes y científicamente válidos para cada fase del desarrollo de un programa de intervención. El progreso hacia este objetivo es vital para la contribución futura de la educación para la salud en el mejoramiento de la salud pública.

Agradecimiento. Deseo agradecer muy especialmente a Elaine Pullen su ayuda en la revisión de la bibliografía y a Bo Haglund, su crítica constructiva. También agradezco a Sue Avery y a Janet Miles su ayuda en la preparación del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Catford JC, Nutbeam D. Towards a definition of health education and health promotion. *Health Educ J* 1984;43:2–3.
2. Nutbeam D. Health promotion glossary. Véase la pág. 384 de este libro.
3. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.
4. Rogers E. *Diffusion of innovations*. London: The Free Press, 1983.
5. Kotler P, Andreasen AR. *Strategic planning for nonprofit marketing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1987.
6. Tuomilehto J, Neitaanmaki L, Salonen JT, Puska P, Nissinen A. Community involvement in developing comprehensive cardiovascular control programmes: A case study from North Karelia, Finland. *Yearbook of Population Research in Finland XXI*. Helsinki: Population Research Institute, 1983.
7. Catford JC, Nutbeam D, Woolaway MC. Effectiveness and cost-benefits of smoking education. *Community Medicine* 1984;6:264–72.
8. Cohen DR, Henderson JB. *Health, prevention and economics*. London: Oxford University Press, 1989.
9. Engleman SR, Forbes JF. Economic aspects of health education. *Soc Sci Med* 1986;22:443–58.
10. Green LW, Lewis FM. *Measurement and evaluation in health education and health promotion*. Palo Alto, California: Mayfield Publishing Company, 1986.
11. Moser CA, Kalton G. *Survey methods in social investigation*. London: Heinneman Educational Books, 1983.
12. Windsor RA, Baranowski T, Clark N, Cutter G. *Evaluation of health promotion and education programs*. Palo Alto, California: Mayfield Publishing Company, 1984.
13. Hjermann I, Velve Byre K, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet* 1981;ii:1303–10.
14. Flay BR, d'Avernas JR, Best JA, Kersell MW, Ryan KB. Cigarette smoking: why young people do it and ways of preventing it. In: McGrath P, Firestone P, eds. *Pediatric and adolescent behavioural medicine*. New York: Springer-Verlag, 1983.
15. Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1979;ii:231–5.
16. Jamrozik K, Vessey M, Fowler G, Wald N, Parker G, Van Vunakis H. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *Br Med J* 1984;288:1499–503.
17. Windsor R, Cutter G, Morris J, Reese Y, Adams B, Bartlett E. Effectiveness of self help smoking cessation interventions for pregnant women in public health maternity clinics: a randomised trial. *Am J Public Health* 1985;75:1389–92.
18. Sanders D, Fowler G, Mant D, Fuller A, Jones L, Marzillier J. Randomised controlled trial of antismoking advice by nurses in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:273–6.
19. Sutton S, Hallett R. Smoking intervention in the workplace using videotapes and nicotine chewing gum. *Prev Med* 1988;17:48–59.
20. Glasgow RE, Klesges RC, Godding PR, Vasey MW, O'Neill HK. Evaluation of a worksite controlled smoking program. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52:137–8.
21. Neaton JD, Broste S, Cohen L, Fishman EL, Kjelsberg MO, Schoenberger J. The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). A comparison of risk factor changes between two study groups. *Prev Med* 1981;10:519–13.
22. Robertson LS, Kelley AB, O'Neill B, Wixom CW, Eiswirth RS, Haddon W. Controlled study of the effect of television messages on safety belt use. *Am J Public Health* 1974;64:1071–80.
23. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, *et al.* The community based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from ten years of the Karelia Project. Véase la pág. 99 de este libro.

24. Farquhar JW. The community-based model of lifestyle intervention trial. *Am J Epidemiol* 1978;108: 103–11.
25. Nutbeam D, Catford J. The Welsh Heart Programme evaluation strategy: progress, plans and possibilities. *Health Promotion* 1987;2:5–18.
26. Farquhar JW, Fortmann SP, Wood PD, Haskell WL. Community studies of cardiovascular disease prevention. In: Kaplan NM, Stamler J. *Prevention of coronary heart disease: practical management of risk factors*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1983.
27. Lasater T, Abrams D, Artz L, *et al.* Lay volunteer delivery of a community-based cardiovascular risk factor change program: the Pawtucket Experiment. In: Matarazzo JD, Weiss SM, Herd JA, Miller NE, Weiss SM, eds. *Behavioural health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley and Sons, 1984.
28. Blackburn H, Luepker R, Kline FG, *et al.* The Minnesota Heart Health Program: a research and demonstration project in cardiovascular disease prevention. In: Matarazzo JD, Weiss SM, Herd JA, Miller NE, Weiss SM, eds. *Behavioural health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley and Sons, 1984.
29. Sanderson C, Svanstrom L, Eriksson C-G. Development of strategies for evaluating a community intervention programme for cancer prevention through dietary change. *Community Med* 1988;10:289–97.
30. Maccoby N, Farquhar JW, Wood PD, Alexander JK. Reducing the risk of cardiovascular disease: effects of a community-based campaign on knowledge and behaviour. *J Community Health* 1977;3:100–14.
31. Pendleton L, Smith C, Roberts JL. Monitoring alcohol advertisements on television: developing a consensus approach. *Health Educ J* 1988;47:71–3.
32. Newman R, Nutbeam D. *Evaluation of "Pulse": a children's health club*. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1990.
33. Zmirou D, Charrel M, Veyre C. A controlled evaluation of a health education programme for pregnant women in rural areas. *J Epidemiol Community Health* 1988;42:177–82.
34. Tuomilheto J, Geboers J, Salonen JT, Nissinen A, Kuulasmaa K, Puska P. Decline in cardiovascular mortality in North Karelia and other parts of Finland. *Br Med J* 1986;293:1068–71.
35. Salonen JT. Did the North Karelia Project reduce coronary mortality? *Lancet* 1987;ii:269.
36. World Health Organization. *Proposal for the Multi-National Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease and Protocol* (MONICA Project). Geneva: WHO, 1983.
37. World Health Organization. *Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI Programme) Guidelines for monitoring and evaluation*. Copenhagen: WHO, 1986.
38. Welsh Heart Programme Directorate. Welsh Heart Health Survey 1985: Clinical Manual. *Heartbeat Report No. 3*. Cardiff: WHP, 1986.
39. McKennel AC. Bias in the reported incidence of smoking by children. *Int J Epidemiol* 1980;9: 167–77.
40. Pechacek TF, Murray DM, Luepker R, Mittelmark MB, Anderson Johnson C, Shutz JM. Measurement of adolescent smoking behaviour: rationale and methods. *J Behav Med* 1984;7:123–40.
41. Williams RA, Gillies PA. Do we need objective measures to validate self-reported smoking? *Public Health* 1984;98:294–8.
42. Elder JP, Artz LM, Beaudin P, *et al.* Multivariate evaluation of health attitudes and behaviours: development and validation of a method for health promotion research. *Prev Med* 1985;14:34–54.
43. Oppenheim AN. *Questionnaire design and attitude measurement*. London: Heinemann Educational Books, 1966.
44. Nutbeam D. *Welsh youth health surveys 1986–1988*. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1989.
45. Perry C, Killen J, Telch M, Slinkard LA, Danaher BG. Modifying smoking behaviour in teenagers: a school-based intervention. *Am J Public Health* 1980;70:722–5.
46. Botvin GJ, Eng A. A comprehensive school-based smoking prevention program. *J School Health* 1980; 50:209–13.
47. Research Committee of the British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. *Br Med J* 1983;286:595–7.
48. Richmond RL, Austin A, Webster IW: Three year evaluation of a programme by general practitioners to help patients to stop smoking. *Br Med J* 1986;292: 803–6.
49. Klesges RC, Vasey MM, Glasgow RE. A worksite smoking modification competition: potential for public health impact. *Am J Public Health* 1986;76: 198–200.
50. Kotchen JM, McKean HE, Jackson-Thayer S, Moore RW, Straus R, Kotchen TA. Impact of a rural high blood pressure control program on hypertension control and cardiovascular mortality. *JAMA* 1986; 255:2177–82.
51. Millar WJ. Distribution of body weight and height: comparison of estimates based on self-reported and observed measures. *J Epidemiol Community Health* 1986;40:319–23.
52. Multiple Risk Factor Interventions Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248:1465–77.
53. Directorate of the Welsh Heart Programme. Welsh Heart Health survey 1985: protocol and questionnaire. *Heartbeat Report No. 2*. Cardiff: WHP, 1985.

54. Siconolfi SF, Lasater TM, Snow RCK, Carleton RA. Self-reported physical activity compared with maximal oxygen uptake. *Am J Epidemiol* 1985;122:101–5.
55. Washburn RA, Adams LL, Haile GT. Physical activity assessment for epidemiologic research: the utility of two simplified approaches. *Prev Med* 1987;16:636–46.
56. Burns RB. *The self-concept*. London: Longmans, 1974.
57. Wallston KA, Wallston BS. Health locus of control scales. In: Lefcourt H, ed. *Research with the locus of control construct*, Vol 1. New York: Academic Press, 1981.
58. Houston BK, Snyder CR, eds. *Type a Behaviour pattern. Research, theory and intervention*. New York: John Wiley and Sons, 1988.
59. Shakespeare RM, Woolaway MC. Smoking in hospitals: a measure of improvement. *Br Med J* 1989; 298:293–4.
60. Aaro LE, Wold B, Kannas L, Rimpela M. Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national study. A presentation of philosophy, methods and selected results of the first survey. *Health Promotion* 1966;1:17–33.
61. Flay BR. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Prev Med* 1986;15:451–74.
62. Basch CE. Focus group interview: an under-utilised research technique for improving theory and practice in health education. *Health Educ Q* 1987;14:411–18.
63. Altman DG. A framework for evaluating community-based heart disease prevention programs. *Soc Sci Med* 1986;22:479–87.
64. Rogers E, Kincaid D. *Communication networks: towards a new paradigm for research*. New York: The Free Press, 1981.
65. Murray DM. Dissemination of community health promotion programs: the Fargo and Moorhead Heart Health Program. *J School Health* 1986;56:375–81.
66. Hayes E, Nutbeam D. Health promotion practice among health visitors in Wales. *Welsh Opinion Leaders Study Briefing Report No. 1*. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1988.
67. Nutbeam D, Haglund BJA, Hayes E. *Practice organisation and health promotion: results from a survey of general practitioners in Wales*. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1989.
68. Nutbeam D, Clarkson J, Phillips K, Everett V, Hill A, Catford J. The health promoting school: organisation and policy development in Welsh secondary schools. *Health Educ J* 1987;46:109–15.
69. Fielding JE. Worksite health promotion programs in the United States: progress, lessons and challenges. *Health Promotion* 1990;5:75–84.
70. Catford JC, Nutbeam D. Smoking in hospitals. *Lancet* 1983;ii:94–6.
71. Lefebvre RC, Lasater TM, Assaf AR, Carleton RA. Pawtucket Heart Health Program: the process of stimulating community change. *Scand J Prim Health Care* (Supplement) 1988;1:31–7.
72. Blake SM, Jeffery RW, Finnegan JR, *et al.* Process evaluation of a community-based physical activity campaign: the Minnesota Heart Health Program experience. *Health Educ Res* 1987;2:115–21.
73. Parcel GS, Eriksen MP, Lovato CY, Gottleib NH, Brink SG, Green LW. The diffusion of school-based tobacco and use prevention programs: project description and baseline data. *Health Educ Res* 1989; 4:111–24.
74. Williams T, Roberts J. *Health Education in Schools and Teacher Education Institutions*. Southampton: Health Education Unit, Department of Education, University of Southampton, 1985.
75. Newman R, Nutbeam D. The Family Smoking Education Project. What do teachers think of it? *Health Educ J* 1989;48:9–14.
76. Perry CL, Klepp K-I, Halper A, Hawkins KG, Murray DM. A process evaluation study of peer leaders in health education. *J School Health* 1986;56:62–7.
77. Glanz K, Marger SM, Meehan EF. Evaluation of a peer educator stroke education program for the elderly. *Health Educ Res* 1986;1:121–30.
78. Cartwright A. *Health surveys in practice and in potential*. London: Kings Fund, 1983.
79. Richmond R, Webster I. Evaluation of general practitioners' use of a smoking intervention programme. *Int J Epidemiol* 1985;14:396–401.

MANTENIMIENTO DE LOS DISEÑOS DE EVALUACIÓN EN LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD A LARGO PLAZO: ESTUDIO DEL CASO DE HEARTBEAT DE GALES

Don Nutbeam,[1] *Christopher Smith,*[1] *Simon Murphy*[1] *y John Catford*[2]

Hacia fines del decenio de 1970 y principios del de 1980, en los Estados Unidos y en Europa se establecieron varios programas de promoción de la salud a gran escala con base en la comunidad. Casi todos tenían por objeto reducir los factores de riesgo modificables de la cardiopatía isquémica *(1–5)*. Estos programas surgieron como fruto del acuerdo, cada vez mayor, sobre los contenidos, estrategias y métodos de la prevención de la cardiopatía isquémica, que hacen hincapié en la importancia de los estilos de vida y el cambio de comportamiento de las poblaciones *(6, 7)*.

Para lograr y conservar el cambio del estilo de vida y del comportamiento, es imprescindible influir en distintos factores que los predisponen, de los cuales algunos pertenecen al individuo (conocimientos, actitudes y habilidades), otros al grupo social más amplio (normas sociales y culturales), y aún otros que son propios del ambiente general (regulación de la exposición a los productos peligrosos y el acceso a los bienes y servicios). Para influir en las normas sociales y modificar el entorno general suele ser necesario obtener una respuesta comunitaria total, de ahí la justificación de un enfoque basado en la comunidad. Otras razones de índole práctica son: i) la oportunidad de utilizar los recursos y redes existentes en la comunidad a fin de crear la infraestructura para la ejecución del programa; ii) el efecto mayor que se obtiene al combinar enfoques individuales y ambientales, y iii) el mayor potencial de crear programas reproducibles y autosostenibles en el marco de la "vida real", en comparación con los estudios estrictamente diseñados y ejecutados para poblaciones voluntarias en ambientes controlados *(8)*.

Estos nuevos enfoques de la intervención han planteado retos especiales a la hora de elaborar diseños de evaluación adecuados y manejables que puedan mantenerse durante

Fuente: *Journal of Epidemiology and Community Health* 1993;47:127–133. Se publica con permiso de BMJ Publishing Group, Londres, Inglaterra.

[1]Autoridad para la Promoción de la Salud de Gales, Cardiff, Gales, Reino Unido de Gran Bretaña.

[2]Instituto para la Promoción de la Salud, Universidad de Gales, Facultad de Medicina, Cardiff, Gales, Reino Unido.

toda la duración del programa de promoción de la salud. En este artículo se utiliza la evaluación del programa Heartbeat de Gales para analizar las dificultades que pueden surgir y la forma de superarlas.

HEARTBEAT DE GALES

Durante los primeros años del decenio de 1980, varios organismos sanitarios del Reino Unido de Gran Bretaña comenzaron a aceptar la necesidad de hacer frente a la elevada incidencia de enfermedades cardiovasculares del país mediante estrategias preventivas. La Oficina para Gales del gobierno británico y la entonces agencia nacional de educación para la salud, el Consejo de Educación para la Salud, decidieron aplicar en Gales un proyecto de demostración basado en la comunidad. Esta decisión fue respaldada en 1983 por una conferencia de consenso patrocinada por las principales organizaciones de salud del Reino Unido, que recomendaron una amplia gama de acciones que deberían llevar a cabo el gobierno, los sectores agrícola, de educación y de servicios sanitarios y los medios de comunicación *(9)*.

En un principio, la Facultad de Medicina de la Universidad de Gales administró el "Programa Cardíaco de Gales", aunque posteriormente pasó a la Autoridad de Promoción de la Salud de Gales. A finales de 1984, se contrató la dirección responsable de la gestión del proyecto y, en marzo de 1985, este se lanzó públicamente como Heartbeat Wales (latido cardíaco de Gales) con una duración inicial prevista de 5 años. Su meta a largo plazo era establecer y evaluar, como proyecto de demostración, una estrategia regional que contribuyera a producir una reducción mantenida de la incidencia, morbilidad y mortalidad de la cardiopatía isquémica en la población general de Gales, sobre todo en los menores de 65 años de edad. Los resultados de salud deseados para el primer período de 5 años se definieron como el aumento de los no fumadores, de la nutrición sana, del ejercicio físico, del control de la hipertensión y de la reanimación cardiorrespiratoria *(10)*.

Una vez establecido el programa, se propusieron tres objetivos estratégicos:

i) Liderato: coordinar, apoyar, iniciar y vigilar las acciones efectuadas local y regionalmente que tendieran a favorecer la mejoría de los factores y comportamientos de riesgo modificables para la prevención de la cardiopatía isquémica.

ii) Demostración: estimular, difundir y contribuir al desarrollo de estrategias y programas destinados a mejorar la salud y prevenir la cardiopatía isquémica tanto en el Reino Unido como en el extranjero.

iii) Experimentación: investigar, llevar a cabo y evaluar varios proyectos nuevos e iniciativas para la promoción de la salud cardíaca y proporcionar retroalimentación sobre su viabilidad y consecuencias.

Estos objetivos marcaron la dirección en que se desarrollaría la estrategia de evaluación, que también tomó en consideración los elementos esenciales de la intervención destinada a cambiar el comportamiento personal y los factores ambientales *(10, 11)*. En el diseño de la evaluación se introdujeron mediciones para valorar ambos cambios, y se reconoció asimismo la necesidad de equilibrar la medición de resultados con la investigación del proceso por el que se producía el cambio deseado *(12)*.

Problemas del diseño de la evaluación y sus soluciones

Cuando se diseñó la evaluación, se disponía de un número relativamente escaso de modelos de eficacia probada para evaluar los programas basados en la comunidad. Los que estaban disponibles se habían elaborado a partir de intervenciones relativamente pequeñas y definidas con criterios más estrictos, en comunidades individuales, pueblos o ciudades (de 100 a 200.000 habitantes). Gales es, sin embargo, un país bastante grande, con una población notablemente mayor (2,8 mi-

llones de habitantes), dividida en nueve distritos sanitarios. La experiencia obtenida en estos otros programas había ilustrado ya ciertos problemas básicos debidos a la aplicación de diseños experimentales a los programas comunitarios. Entre ellos, se destacaban la dificultad práctica de asignar artificialmente a las personas a grupos de intervención y control *dentro de* las mismas comunidades, dadas las limitaciones que ello impone al diseño mismo de la intervención. Los obstáculos se refieren a la imposibilidad de usar los medios de comunicación, así como las redes e infraestructuras comunitarias existentes, ya que no es posible controlar su difusión para que alcance solo a algunos individuos; al mismo tiempo, el empleo de esos métodos es uno de los atractivos del enfoque basado en la comunidad. Otros problemas se asociaban a la dificultad para rastrear las vías causales en las comunidades (ya que, en general, son más largas y difíciles de seguir que en los estudios con sujetos voluntarios) y a la obtención de la penetración y participación suficientes de toda la población *(8, 13, 15)*.

Se propusieron y probaron distintas respuestas a estos problemas. A mediados de los años 1980, la solución más respaldada proponía el uso de un diseño cuasi-experimental basado en la comparación de los cambios producidos en dos poblaciones equiparadas correspondientes a la zona o zonas de intervención y a una o más áreas de referencia distintas. En general, este diseño se apoyaba, además, en estudios de evaluación adicionales que tenían el fin de aumentar la confianza en la naturaleza causal de las diferencias netas observadas entre poblaciones *(8, 13)*. En casi todos los ejemplos, estos diseños no eran aleatorios, ya que los lugares de intervención se habían elegido con criterios de oportunidad. Los estudios antedichos solían examinar el efecto en las redes comunitarias diana y el proceso de difusión de las intervenciones. Como parte de este enfoque, se establecieron medidas para usar en las encuestas de población con el fin de determinar la exposición al programa (es decir, la conciencia y participación) de la población diana *(8, 13)*.

La evaluación del Programa de Carelia del Norte se basaba en comparaciones efectuadas entre una sola intervención y una sola comunidad de referencia, al igual que el Programa de Pawtucket para la Salud del Corazón *(1, 16)*. Por otra parte, los programas de Stanford y Minnesota utilizaban varias comunidades de intervención y de referencia *(2, 3, 17)*. El diseño básico de evaluación del programa Heartbeat Gales se hizo siguiendo este enfoque cuasi-experimental. Se construyó de forma que permitiera tanto las comparaciones internas de los diferentes resultados de los nueve distritos sanitarios (cada uno de los cuales recibiría una intervención distinta) como las comparaciones externas entre Gales y una única zona de referencia de tamaño similar. En su forma más sencilla, se tenía la intención de medir el cambio de los riesgos de cardiopatía isquémica (y factores de predispocisión asociados) en la población tras la "aportación" de una intervención basada en la comunidad, coordinada y relativamente bien provista de recursos, y comparar este efecto con los cambios producidos en la zona de referencia, en la cual no se hacía una intervención equivalente, sino "lo de costumbre".

Después de estudiar los datos sanitarios, sociales y económicos disponibles, se seleccionó la zona de referencia de modo que fuera lo más parecida posible a Gales en cuanto a las condiciones iniciales. Los detalles ya se han publicado *(18)*. Como consecuencia de las dificultades experimentadas por el programa de Carelia del Norte, que compartía frontera con la zona de referencia elegida, se buscó deliberadamente un lugar geográficamente alejado con el fin de reducir los problemas de solapamiento de los medios de comunicación y la contaminación, más general, que puede producirse a lo largo de la zona compartida. El área de referencia estaba constituida por 16 distritos sanitarios correspondientes a dos regiones sanitarias.

El diseño básico de la evaluación de los resultados se basó en tres encuestas de población realizadas durante los años 1985, 1988 y 1990 tanto en Gales como en la zona de referencia. Se esperaba que la intervención de Gales se iniciara a lo largo de 1986 y que alcanzara su grado óptimo de inversión y de efecto en 1987–1989, después de lo cual se preveía un posible descenso de la inversión si el programa no recibía financiación adicional. Se utilizaron un conjunto de indicadores basales, tanto en Gales como en la zona de referencia, para poder seguir los cambios de conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con los riesgos de cardiopatía isquémica. También se establecieron medidas para determinar la exposición y la participación en el programa para los estudios de seguimiento. Además, en Gales se hizo una encuesta clínica para incrementar la gama de datos disponibles e incluir la presión arterial, el colesterol sérico y el estado físico de las personas y para validar los comportamientos autonotificados; también se llevaron a cabo distintos estudios para examinar el efecto del programa en los sistemas comunitarios (como los servicios de educación y salud) y en las redes profesionales blanco (p.ej. médicos generales), para facilitar la identificación de cambios de apoyo en las infraestructuras de la promoción de la salud y comprender mejor los resultados de salud observados *(12)*.

El Consejo de Educación para la Salud había dicho que no financiaría recursos adicionales importantes para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en el resto del país (incluida la zona de referencia), hasta conocer el resultado del programa de "demostración" galés. Tampoco se había previsto ninguna coordinación importante de los esfuerzos ya existentes en la comunidad de referencia. Pese a todo, y puesto que Heartbeat Gales se había concebido como un proyecto nacional de demostración, se preveía cierta difusión de los conceptos a medida que se pusiera en práctica la intervención. Se suponía, sin embargo, que esta difusión podría diluir los posibles resultados observables, pero no comprometerlos. Se han publicado detalles adicionales acerca de los métodos de encuesta utilizados inicialmente y durante el seguimiento, así como un análisis de los resultados previamente publicados y distintos estudios que examinan la fiabilidad y validez de los datos obtenidos *(18, 22)*.

Cuando se estableció Heartbeat Gales, se instauraron un sistema de registro y varios estudios con objeto de documentar el avance del programa hacia sus objetivos explícitos *(10, 12)*. La mayor parte de dichos estudios se completaron de la forma prevista. Asimismo, el sistema básico de registro se constituyó como un proceso de planificación y notificación anual estructurado tanto a nivel nacional (todo Gales) como en cada uno de los distritos. Varias investigaciones han documentado los avances con respecto a la estrategia global de nutrición *(23)*, el proyecto de acreditación de restaurantes *(24)* denominado Premios Heartbeat, la introducción de servicios de alimentación saludable en los hospitales *(25)*, los costos y beneficios del programa de educación sobre el tabaco *(26)*, la colaboración con los organismos locales y nacionales en la promoción del ejercicio físico en la comunidad *(27)*, el establecimiento de programas de salud cardiovascular en distintos ambientes, como lugares de trabajo *(28)* y escuelas *(29)*, y los cambios correspondientes a los distintos grupos profesionales, como los médicos generales *(30)* y los visitadores sanitarios *(31)*. No se planificó ni puso en práctica un sistema de registro similar en la zona de referencia, ni se previeron estudios comparables. Estos aspectos ni se consideraron necesarios ni se hubieran podido financiar en el momento de iniciar Heartbeart Gales.

Así pues, la evaluación de resultados del programa Heartbeat Gales se basó en la premisa de que no se producirían inversiones importantes destinadas a la prevención de las enfermedades cardiovasculares en el resto del Reino Unido durante un período de cinco años. Sin embargo, a medida que el proyecto se fue desarrollando, pudo comprobarse que

despertaba un grado notable de interés y que la transferencia de ideas y proyectos se estaba produciendo antes de lo previsto en la fase de planificación inicial. Se pensó que la transferencia específica de los componentes de la intervención Heartbeat Gales a la zona de referencia amenazaría la validez del diseño de evaluación básico. En consecuencia, durante 1990–1991 se hizo un estudio con objeto de evaluar la magnitud en que las aportaciones esenciales del programa se estaban reproduciendo en la zona de referencia. También debían tenerse en cuenta sus implicaciones para la evaluación de las diferencias de los comportamientos relacionados con la salud y los cambios de los factores de riesgo entre Gales y la zona de referencia, ya que constituían la base de la evaluación de los resultados.

MÉTODOS

En el Reino Unido, la responsabilidad específica de coordinar los distintos programas de promoción de la salud en diversos ambientes, como los centros de salud comunitarios, los lugares de trabajo, los medios de comunicación y las escuelas, recae exclusivamente en las autoridades sanitarias. En consecuencia, casi en la totalidad del país existen servicios discretos de promoción de la salud y se dispone de personal de planta para llevar a cabo la dirección y la coordinación locales. Dada la importancia de esta función, se pensó que una forma razonable de evaluar la extensión de las actividades de prevención de la cardiopatía isquémica podría ser el análisis de las actividades pertinentes, ya sea realizadas directamente o coordinadas por dichas autoridades. Este fue el enfoque que adoptó el estudio, tanto para Gales como para la zona de referencia.

Un experto realizó una serie de entrevistas semiestructuradas a cada uno de los responsables de la promoción de la salud de los nueve distritos galeses y de los 16 distritos de la zona de referencia. Además, se pidió a los dos gestores regionales de promoción de la salud que suministraran información acerca de las actividades relacionadas con la promoción de la salud cardíaca que se llevaran a cabo en sus regiones respectivas durante los años 1985–1990. La Autoridad de Educación para la Salud de Inglaterra también proporcionó detalles acerca de su programa "Cuida tu Corazón" (Look After Your Heart, LAYH). Por último, se hizo un escrutinio meticuloso de la base de datos de Heartbeat Gales para identificar posibles actividades de tipo regional que se estuvieran produciendo en todo Gales.

El cuestionario que constituyó la base de las entrevistas se elaboró y probó mediante ejercicios piloto en distritos ajenos a la zona del estudio. En él se incluyeron tres facetas importantes de la intervención de Heartbeat Gales:

i) Coordinación, vigilancia y comunicación. Esta fase abarcaba los registros del proceso de planificación de las intervenciones de promoción de la salud cardíaca y de las actividades de investigación y evaluación. También incluía registros sobre la adopción de programas o proyectos con identidad y logotipos propios, así como el uso proactivo de los medios de comunicación.

ii) Creación de nuevos recursos. Esta etapa cubría dos insumos principales: recursos de personal y dinero. Abarcaba la referencia a los registros de asignación económica por las autoridades sanitarias de distrito, incluso el dinero destinado específicamente a los proyectos de prevención de la cardiopatía isquémica, así como la financiación externa obtenida para los proyectos relacionados con la enfermedad. Había también registros del personal según categoría, tanto para las actividades "generales" de promoción de la salud como para las específicamente dedicadas a la promoción de la salud cardíaca.

iii) Creación de ambientes propicios, que comprendía los registros sobre los proyectos especiales cuyo fin era influir sobre el ambiente en su sentido más amplio y los detalles

del establecimiento de las políticas de apoyo pertinentes.

Aunque estos tres aspectos solo constituyen una parte de la amplia gama de actividades tanto nacionales como locales que se desarrollaron en el programa de Gales, pueden identificarse como las aportaciones esenciales que permiten distinguir el programa galés de la actividad "de costumbre" de la zona de referencia.

Las personas que participaron en la encuesta fueron entrevistadas personalmente y recibieron pautas sobre qué significaba la actividad para la salud cardíaca. Dicha actividad consistía en proyectos o trabajo de programa en relación con el consumo de tabaco, el ejercicio, la determinación de la presión arterial, la reanimación cardiorrespiratoria y la nutrición. Se les comunicó que el propósito de la entrevista era obtener una información detallada acerca de las características de la promoción de la salud cardíaca en su distrito o región durante los cinco años anteriores. No se hizo referencia alguna a Heartbeat Gales antes de la entrevista y todas las preguntas sobre los conocimientos y opiniones de los participantes sobre el programa se hicieron al final de la misma. Aunque se hizo el máximo esfuerzo para obtener contestación a todas las preguntas, muy a menudo fue preciso añadir explicaciones y ajustes de la información para calificar las respuestas. Ello obligó a tomar notas cualitativas suplementarias y a interpretarlas posteriormente para la construcción de los cuadros 1 a 3.

Este método de obtener información plantea ciertos problemas. Se basa en gran medida en el acceso a las personas y registros pertinentes durante un período de cinco años. Aunque se encontraron concordancias entre las contabilidades económicas de los distritos, el grado de detalle de los registros fue muy variable. Varias de las autoridades sanitarias entrevistadas, 6 de 9 en Gales y 10 de 18 en la zona de referencia, habían ocupado su posición actual o formaban parte de la autoridad regional o de distrito durante el período de 1985 a 1990. En los casos en que el gerente actual no había trabajado en el distrito durante ese período, fue preciso involucrar a otros funcionarios que pudieran conocer las actividades desarrolladas en esos años.

Estos problemas de acceso se complicaban aún más por la necesidad de recoger datos comparables en distritos que organizan programas de forma radicalmente distinta. El formato uniforme diseñado para recoger la información ayudó a superar ciertas dificultades, pero no siempre fue posible compensar la falta o inexactitud de los datos. En la sección sobre resultados se presenta únicamente un resumen de la información total recogida.

RESULTADOS

Los resultados de las indagaciones sobre las intervenciones efectuadas por medio de las autoridades sanitarias se presentan según los tres aspectos que se indicaron más arriba.

Coordinación, vigilancia y comunicación

En el cuadro 1 puede encontrarse un resumen de la información sobre distintos indicadores relacionados con el liderato y la coordinación. En marzo de 1985, Heartbeat Gales se lanzó como un programa de dedicación exclusiva a la prevención de las cardiopatías y fue absorbido posteriormente por la Autoridad de Promoción de la Salud de Gales durante los años 1987 y 1988. Durante ese mismo período, el Consejo de Educación para la Salud (y, más tarde, la Autoridad de Educación para la Salud) de Inglaterra inició, en 1987, el programa Cuida tu Corazón, en colaboración con el Ministerio de Salud del Gobierno del Reino Unido. Aunque este programa no se dirigía específicamente a la zona de referencia, ofrecía un punto local de actividad y una fuente nueva e importante de financiación para la prevención de las enfermedades cardíacas que también afectaban a dicha zona. Además de esta actividad genera-

CUADRO 1. Coordinación, vigilancia y comunicación en Gales y en la zona de referencia

	Gales (9 distritos)	Zona de referencia (16 distritos)
(1) Coordinación regional	Creación de Heartbeat Gales como foco regional, 1985–1987	Ningún foco regional equivalente, 1985–1986
	Asumido por la Autoridad de Educación para la Salud de Gales, 1988–1990	Creación del programa Cuida tu Corazón en el Reino Unido, 1987–1990
(2) Creación de equipos intersectoriales para la promoción de la salud del corazón	Seis creados a finales de 1985 En todos los distritos al final de 1986	Siete creados en 1985–1988 Doce operativos en 1990
(3) Provisión de información sobre el estado de salud a los políticos y medios de comunicación	Perfiles globales de los factores de riesgo de cada distrito, publicados, 1986–1987	Investigación general e integrada en tres distritos y una región, 1988–1990
	Amplia gama de estudios integrados de investigación planificados y ejecutados	Informes *ad hoc* en otras zonas
(4) Proyectos de colaboración con los medios de comunicación	BBC Gales, "No te rompas el corazón" (1985)	"Emitido a todo el Reino Unido (1987)
	BBC 1/2, campaña sobre los alimentos y el corazón (1986) (varios programas)	Emitido a todo el Reino Unido (1986)
	BBC 1, "Empieza ya" (1987–1989)	Emitido a todo el Reino Unido (1987–1989)
	HTV, "A la hora de la verdad" (1986)	No emitido
	BBC, "Salva una vida" (1986–1987)	Emitido a todo el Reino Unido (1986–1987)
	HTV, "Preparado para vivir" (1987–1988)	No emitido
	BBC Gales, "La dieta BBC" (1988)	Emitido a todo el Reino Unido (1988–1989)
	No disponible (1987–1990)	Publicidad en TV sobre "Cuida tu Corazón"
	Cobertura abundante en TV, radio y prensa escrita durante 1985–1990 un distrito y una región, cobertura más	Generalmente, cobertura *ad hoc* irregular en TV, radio y prensa escrita locales. En importante y coordinada
	Fuerte imagen corporativa y alto nivel de conciencia y apoyo al programa Heartbeat Gales por parte de la población en 1986	Dos distritos y ambas regiones desarrollaron perfiles con logotipo en 1990

lizada a toda Inglaterra, una de las dos regiones de la zona de referencia (con cuatro distritos) lanzó su propia estrategia regional para la prevención de las enfermedades coronarias en 1988, cuyo nombre incluía la palabra "heartbeat".

Uno de los objetivos fundamentales del establecimiento de Heartbeat Gales consistía en generar respaldo intersectorial para la prevención de la cardiopatía isquémica. El cuadro 1 (sección 2) muestra que los equipos intersectoriales necesarios para facilitar este enfoque se crearon en todos los distritos de Gales a fines de 1986. En la zona de referencia, por otra parte, 7 de los 16 distritos establecieron grupos comparables entre 1985 y 1988, y

CUADRO 2. Creación de recursos nuevos

	Gales (2,88 millones de habitantes)	Zona de referencia (3 millones de habitantes)
(1) Cambios del personal dedicado a la salud del corazón a nivel de distrito	1985–1988 ↑ de 1,5 (0,05) a 14 (0,49) 1989–1990 ↓ 14,4 (0,5) a 8 (0,28)	1985–1988 ↑ de 1 (0,03) a 7,3 (0,25) personas 1989–1990 ↓ de 6,5 (0,22) a 3,5 (0,12) personas
(2) Cambios del presupuesto destinado a la salud procedente de fuentes externas, a nivel de distrito	1985–1988 ↑ de 16.000 L.E. (556 L.E.) a 239.000 L.E. (8.300 L.E.) 1989–1990 ↓ de 165.000 L.E. (5.730 L.E.) a 92.800 L.E. (3.220 L.E.)	1985–1988 ↑ 9.600 L.E. (320 L.E.) a 184.000 L.E. (6.130 L.E.) 1989–1990 ↓ 166.900 L.E. (5.560 L.E.) a 97.000 L.E. (3.230 L.E.)
(3) Cambios del presupuesto regional para la promoción de la salud del corazón (excluyendo investigación y evaluación, salarios, viajes y alquileres)*	(HBW) 1985–1988 :UA de 193.060 L.E. (6.720 L.E.) a 406.820 L.E. (14.160 L.E.) (HBW) 1989–1990 ↑ de 189.500 L.E. (6.600 L.E.) a 261.430 L.E. (9.100 L.E.)	1985 ↑ 0 a 254.050 L.E. (8.470 L.E.) 1989–1990 ↑ de 300.400 L.E. (10.010 L.E.) a 1.078.750 L.E.† (35.960 L.E.)

LAYH = Cuida tu corazón; HBW = Heartbeat Gales; L.E. = libras esterlinas.

Presupuestos contabilizados según los años económicos del Servicio Nacional de Salud. Las cifras entre paréntesis indican las proporciones de personal o presupuesto por 100 000 habitantes.

*Los datos correspondientes la zona de referencia comprenden la parte proporcional del presupuesto nacional del programa LAYH (excluyendo costos indirectos y asignaciones regionales directas), según un prorrateo de la población, pero no incluyen otros posibles gastos efectuados por la AES para la actividad de prevención de la cardiopatía isquémica, por ejemplo a través de los programas sobre tabaco y nutrición.

†Esta cifra incluye una donación especial de un año equivalente a 750 000 L.E.

para 1990, 12 de los 16 distritos ya contaban con sus equipos intersectoriales.

Según lo previsto, Heartbeat Gales instituyó una extensa estrategia de investigación y evaluación como complemento de la intervención. De este modo fue posible obtener información abundante que facilitó la planificación y gestión de los proyectos. En 1985, no se disponía de información comparable en relación con la zona de referencia, aunque tres distritos y una región disponen ahora de programas activos razonablemente bien financiados y adecuadamente integrados. Uno de los distritos y una autoridad sanitaria regional informaron que estos programas habían "seguido el modelo de Heartbeat Gales".

Por ser un programa a gran escala diseñado para llegar a 3 millones de personas, Heartbeat Gales debía colaborar tanto con los medios de comunicación galeses como con los de cobertura nacional. Como se indica en la sección 4 del cuadro 1, algunos de los programas de televisión elaborados en Gales en apoyo del proyecto se modificaron y retransmitieron posteriormente para todo el Reino Unido y, en consecuencia, para la zona de referencia. Heartbeat Gales hizo también una inversión considerable para crear una imagen corporativa fuerte del programa; esta contribuyó a que hubiera gran conciencia y recuerdo del proyecto en Gales a partir de 1986. Ese mismo año, 53% de los adultos reconocieron haber oído hablar del programa cuando se les preguntó (*32*), proporción que se había elevado a 71% en 1991 (*33*). Aunque en la zona de referencia en su conjunto no existía una imagen de programa equivalente, dos de los distritos y ambas regiones habían desarrollado programas coordinados con identidades y logotipos propios en 1990. Las entrevistas con los encuestados demostraron claramente que Heartbeat Gales había sido una influencia importante tanto para estimu-

CUADRO 3. Desarrollo de entornos favorecedores

	Gales (9 distritos)	Zona de referencia (16 distritos)
(1) Etiquetado de los alimentos y educación sobre nutrición, con los supermercados Tesco	Desarrollado inicialmente en Gales 1985 y mantenido durante 1985–1990	Aplicado a toda Gran Bretaña 1985–90
(2) Esquemas de comercialización de carne magra con la Comisión de Carnes y Ganadería a través de los carniceros	Desarrollo y prueba piloto en en Gales, 1988–1990	Operativo en tres distritos del área de referencia, 1988–90
(3) Promoción de frutas y verduras "Super Ted" a través de los carniceros	Desarrollado en Gales 1989–1990	Aplicado a toda Gran Bretaña, 1990
(4) Esquema de Premios Heartbeat para restaurantes y cantinas de centros de trabajo	Desarrollado y operativo en Gales 1985–1990 (todos los distritos)	Operativo en ocho distritos (1988–1990)
(5) "Haz del corazón tu negocio" (iniciativa conjunta Heartbeat Gales/ CBI) para el comercio y la industria	Desarrollado y operativo en Gales 1988–1990 (todos los distritos)	Programa "Cuida tu corazón" en centros de trabajo, operativo en nueve distritos 1989–1990
(6) Introducción de políticas para limitar el consumo de tabaco en las instalaciones del INS	Un distrito en 1985 Todos los distritos en 1988	Tres distritos en 1985 14 distritos en 1988 Todos los distritos en 1989
(7) Introducción de políticas para promover la alimentación sana en las instalaciones del ISN	Cuatro distritos en 1985 Todos los distritos en 1988	Un distrito en 1985 Nueve distritos en 1988 Todos los distritos en 1989
(8) Esquema de premios a los Hospitales Saludables del INS	Desarrollado y operativo en Gales desde 1987	No transferido hasta 1990

lar la creación de esas actividades de promoción de la salud cardíaca como para orientar la elección de sus contenidos.

Los 18 gestores de promoción de la salud de la zona de referencia habían oído hablar y leído acerca de Heartbeat Gales; de ellos, 13 afirmaron haber tenido contactos personales con el programa a través de conferencias, visitas o viajes de estudios, relaciones profesionales y uso de las publicaciones y recursos del programa galés.

Creación de recursos nuevos

El cuadro 2 refleja los recursos invertidos directamente en la prevención de la cardiopatía isquémica, según tres rubros: personal dedicado, presupuesto operativo a nivel de distrito procedente de fuentes externas y destinado a la salud cardíaca y presupuesto operativo regional. Los datos se presentan en cifras absolutas y por 100.000 habitantes (entre paréntesis). En Gales, el personal dedicado a la prevención de las cardiopatías y el dinero disponible en los distritos experimentaron un notable incremento entre 1985 y 1988, pero disminuyeron entre 1989 y 1990. En las regiones, los recursos aumentaron entre 1985 y 1988, descendieron en 1989 y volvieron a subir en 1990. En la zona de referencia, el patrón de despliegue de recursos fue similar en los distritos. Sin embargo, parece haberse producido un ascenso mantenido de los presupuestos regionales, como reflejo del gasto de la Autoridad de Educación para la Salud y del Ministerio de Salud a partir del año 1987 y la aplicación del programa LAYH, así como una donación efectuada en 1990 para respaldar una iniciativa especial de 1 año de duración. En conjunto, las inversiones económicas destina-

das a la promoción de la salud cardíaca parecen haber sido mayores en la zona de referencia que en Gales durante los años 1989 y 1990.

Creación de ambientes propicios

El cuadro 3 muestra distintas iniciativas especiales, muchas de ellas ajenas al sector salud, destinadas a cambiar el medio. Entre ellas destacan las dirigidas a mejorar la disponibilidad y etiquetado de los alimentos (secciones 1 a 3), facilitar la elección de alimentos saludables en los restaurantes (sección 4) y favorecer los cambios de la promoción de la salud en los centros de trabajo (sección 5). Este cuadro refleja también que cuatro de estas iniciativas especiales llegaron a la zona de referencia, con cobertura total (secciones 1 y 3) o parcial (secciones 2 y 4). El programa para lugares de trabajo, concebido en Gales, fue reproducido, al menos en parte, por el programa LAYH en nueve de los distritos de la zona de referencia.

El cuadro 3 muestra asimismo el avance hacia la creación de ambientes propicios en el propio sistema sanitario (secciones 6 a 8). Gracias a la elaboración de políticas y del esquema de premios a los hospitales saludables, instaurado en Gales en 1987, todos los distritos galeses cumplieron los objetivos de asegurar, para 1988, el compromiso político del sistema sanitario en relación con el tabaco, la nutrición y la industria de servicios de alimentos. En la comunidad de referencia, todos los distritos habían logrado progresos similares en 1989 en relación con el tabaco, y casi todos (14 de 16) tenían políticas sobre nutrición y servicios de alimentos en 1990. Por otro lado, el esquema de premios para hospitales saludables solo se introdujo en la zona de referencia en 1990.

DISCUSIÓN

Los resultados deben interpretarse con cautela, puesto que la gama de indicadores seleccionados es parcial en cuanto a su capacidad para describir la intervención en Gales y las actividades correspondientes de la zona de referencia. Al mismo tiempo, se trata de un estudio retrospectivo, basado en la fragilidad de la memoria humana y en sistemas de registros orientados hacia los servicios de salud. También puede haber diferencias de interpretación acerca de lo que constituye un programa de prevención de las cardiopatías y de lo que es un profesional "dedicado" a dicha prevención. Aunque la información procedente de Gales se verificó mediante el sistema de registros arriba indicado, no pudo hacerse lo mismo en la zona de referencia.

La información disponible indica que el programa Heartbeat Gales tuvo un gran éxito en proporcionar la "aportación" o insumos descritos en los documentos de planificación originales. Parece haber producido un claro aumento de los recursos destinados a la prevención de la cardiopatía isquémica, importantes programas de educación de la población y cambios observables de las políticas e infraestructuras pertinentes de Gales. La evaluación de si esta "aportación" ha producido o no una mejoría de la salud de la población y reducido los riesgos cardiovasculares será objeto de comunicaciones posteriores, en las que se detallarán los hallazgos surgidos de las encuestas de población efectuadas en Gales y en la zona de referencia durante los años 1985, 1988 y 1990.

El estudio demuestra también una rápida captación de las actividades de prevención de las cardiopatías en la zona de referencia, que se produjo por distintos medios, a saber:

(a) los proyectos piloto que se crearon en Gales pasaron rápidamente a la red nacional británica;

(b) el programa de intervención LAYH para Inglaterra, promovido por la Autoridad de Educación para la Salud y el Ministerio de Salud y Seguridad Social;

(c) un aumento general del interés por la prevención de la cardiopatía isquémica estimulado, por ejemplo, por las iniciativas

de los medios de comunicación nacionales, algunas de ellas originadas en Gales.

(d) acontecimientos ocasionales especiales (como la exposición "Estilo de vida y salud del corazón" de 1989), que pueden haber "legitimado" aún más las actividades que ya se estaban llevando a cabo en la zona de referencia.

Estos importantes sucesos que se dieron en la zona de referencia pueden haber reducido la utilidad del diseño cuasi-experimental básico creado en 1985 para evaluar los resultados de salud de Heartbeat Gales. Evidentemente, las diferencias de "aportaciones" entre Gales y la zona de referencia fueron mucho menores que lo previsto en el diseño original, sobre todo durante los últimos años. En consecuencia, en el análisis futuro de los datos de Heartbeat Gales será necesario prestar mucha más atención a los distintos estudios de evaluación de proceso realizados para investigar el desarrollo y efecto del programa en Gales. De este modo, podrían obtenerse pruebas que demostraran la relación entre las actividades del programa y los cambios de infraestructura, sistemas y servicios que influyen en los comportamientos relacionados con la salud *(12)*. También será necesario hacer hincapié en el uso de las medidas de exposición al programa contenidas en las encuestas sobre estilos de vida de la población de Gales y de la zona de referencia. Estas medidas pueden ayudar a discernir entre los cambios del estado de salud observados en individuos que han estado muy expuestos a los distintos programas y los de aquellos cuya exposición ha sido menor.

En términos más generales, estos hallazgos podrían resultar importantes para otras personas que estén planificando evaluaciones de la eficacia de los programas comunitarios a largo plazo. En especial, ponen en duda el uso clásico de la zona de referencia, en la que la investigación de contacto se reduce al mínimo para evitar la contaminación. Puesto que nuestro estudio sugiere que dicha contaminación puede producirse con gran rapidez de todas maneras, tal vez sería preferible efectuar estudios de evaluación del proceso en comunidades de referencia, a fin de demostrar el contraste de actividad entre ellas y la comunidad de intervención. En el programa Heartbeat Gales, las evaluaciones de proceso solo se llevaron a cabo en Gales y su objeto fue trazar el recorrido del efecto de la intervención a través de intermediarios tales como la atención primaria de salud y los lugares de trabajo hasta llegar a la población general. Hubiera sido preferible disponer de estos mismos estudios en la zona de referencia y haber hecho una recolección más sistemática de los datos sobre los insumos; estos aspectos deberían recibir una atención considerable en diseños futuros.

Por otra parte, los hallazgos sugieren que, en este tipo de programa de intervención, es preciso dar mayor consideración a los diseños de evaluación de resultados que no se basan en comparar los cambios de la población diana con los de la población de referencia. Estos diseños se han descrito en otros trabajos y pueden consistir, por ejemplo, en el uso de secuencias más largas de puntos de medición antes y después del programa, solo en la comunidad de intervención *(34)*.

Por último, esta experiencia señala la necesidad de desarrollar buenas medidas de exposición para incorporar en las encuestas de población, ya que estas medidas facilitan el análisis de los resultados, pues permiten diferenciar a las personas que han estado claramente expuestas al programa (o a determinados elementos del mismo) de las que, perteneciendo a la misma comunidad, no lo han estado. De igual modo, podrían servir para confirmar una exposición insospechada a los elementos del programa en la comunidad de referencia, si se decide usar una comunidad de referencia.

Agradecimiento. Los autores desean agradecer a Jo Clarkson su ayuda en el trabajo de campo, a Alison McKellar y Sue Avery su ayuda en la preparación del manuscrito y a

Les Irwig, Bob Spassof y Paul Lincoln sus críticas constructivas.

REFERENCIAS

1. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, *et al.* The community based strategy to prevent coronary heart disease; conclusions from ten years of the Karelia project. Véase la pág. 47 de este libro.
2. Farquhar JW, Wood PD, Breitrose H, *et al.* Community education for cardiovascular health. *Lancet* 1977; i:1192–95.
3. Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, *et al.* Effects of communitywide education of cardiovascular risk factors: the Stanford five-city project. *JAMA* 1990; 264(3):359–65.
4. Blackburn H, Luepker R, Kline FG, *et al.* The Minnesota heart health program: a research and demonstration project in cardiovascular disease prevention. In: Matarazzo JD, Weiss SM, Herd JA, Miller NE, Weiss SM, eds. *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention.* New York: John Wiley and Sons, 1984.
5. Edler J, McGraw S, Abrams D. Organizational and community approaches to community-wide prevention of heart disease: the first two years of the Pawtucket heart health program. *Preventive Medicine* 1986;15:107–17.
6. World Health Organization. *Prevention of coronary heart disease.* Geneva: WHO. 1982. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series no 678.
7. World Health Organization. *Community prevention and control of cardiovascular diseases.* Geneva: WHO, 1986. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series no 732.
8. Farquhar JW. The community based model of lifestyle intervention trials. *Am J Epidemiol* 1978; 108(2):103–11.
9. Rose F, Ball K, Catford JC, *et al.* Coronary heart disease: plans for action. London: Pitman, 1984.
10. Welsh Heart Programme Directorate. *Take heart: a consultative document on the development of community-based heart health initiatives within Wales.* (Heartbeat Report No 1). Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1985.
11. Catford JC, Nutbeam D. Examples of good practice in the UK: Heartbeat Wales. In: Williams K, ed. *Community prevention of coronary heart disease.* London: Pitman, 1992.
12. Nutbeam D, Catford JC. The Welsh heart programme evaluation strategy: progress, plans and possibilities. *Health Promotion* 1987;2:5–18.
13. Farquhar JW, Fortmann SP, Wood PD. Community studies of cardiovascular disease prevention. In Kaplan NM, Stamler J eds. *Prevention of coronary heart disease: practical management of risk factors.* Philadelphia: WB Saunders and Co, 1983.
14. Blackburn H. Research and development projects in community cardiovascular disease prevention. *J Public Health Policy* 1983;4:4.
15. Altman DG. A framework for evaluating community-based heart disease prevention programs. *Soc Sci Med* 1986;22:479–87.
16. Assaf A, Bonspach S, Lasater T, *et al.* the Pawtucket heart health program: evaluation strategies. *Rhode Island Medical Journal* 1987;70:541–6.
17. Mittelmark M, Luepker R, Jacobs D, *et al.* Community-wide prevention of cardiovascular disease: education strategies of the Minnesota heart program. *Prev Med* 1986;15:1–7.
18. Welsh Heart Programme Directorate. *Welsh heart health survey 1985: protocol and questionnaire.* (Heartbeat Report no 2). Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1985.
19. Welsh Heart Programme Directorate. *Pulse of Wales: preliminary report of the Welsh heart health survey 1985.* (Heartbeat Report no 4). Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1986.
20. Welsh Heart Programme Directorate. *Heart of Wales: clinical results of the Welsh heart survey 1985.* (Heartbeat Report no 20). Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1987.
21. Smith C, Nutbeam D. Assessing non response bias: a case study from the 1985 Welsh heart health survey. *Health Education Research* 1990;5.3:381–6.
22. Pullen E, Nutbeam D, Moore L. Demographic characteristics and health behaviours of consentors to medical examinations: results from the Welsh heart health survey. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46:455–9.
23. Parish R, Catford J, and Howson H. Promoting health through collaboration with commerce and industry—experience of the Welsh heart programme. In: *Community based prevention and health promotion—report of an international conference.* Dusseldof: German Society of Social and Prophylactic Medicine and WHO, 1987.
24. Parish R, Catford J, Nutbeam D. Breathing life into Wales: progress of the Welsh heart programme. *Health Trends* 1987;19:23–6.
25. Clarkson J, Nutbeam D. Introducing healthy catering practice into hospitals: a case study from Wales. *Journal of Nutrition and Health* 1991;7:101–10.
26. Nutbeam D, Prowle M, Phillips K. *The economic benefits of smoking interventions: a case study of heartbeat Wales.* Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1990.
27. Nutbeam D, Catford JC. *Promoting physical activity in the community: experiences from the heartbeat Wales programme.* In: Oja P, Telama R eds. *Sport for all.* Amsterdam: Elsevier, 1991;174–84.
28. Clarkson J, Blower E, Hunter C, *et al. An overview of*

innovative workplace action for health in the UK; Working Paper No WP/91/03/EN. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1991.

29. Nutbeam D, Clarkson J, Phillips K, Everett V, Hill A, Catford J. The health promoting school: organisation and policy development in Welsh secondary schools. *Health Educ J* 1987;46:109–15.
30. Nutbeam D, Catford J. Modifiable risks for cardiovascular disease among general practitioners in Wales. *Public Health* 1990;104:353–61.
31. Hayes E, Nutbeam D. *Health promotion practice among health visitors in Wales.* Welsh Opinion Leaders Study Briefing Report No. 1. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1988.
32. Welsh Heart Programme Directorate. *Heartbeat Wales awareness and recall.* Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1986.
33. Beaufort Research Ltd. *Welsh omnibus survey.* Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 1989.
34. Green LW, Lewis FM. *Measurement and evaluation in health education and health promotion.* Palo Alto, California: Mayfield Publishing Company, 1986.

ALGUNOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES BASADOS EN LA COMUNIDAD

T.D. Koepsell,[1] E.H. Wagner,[1,2] A.C. Cheadle,[1] D.L. Patrick,[1] D.C. Martin,[1] P.H. Diehr,[1] E.B. Perrin,[1] A.R. Kristal,[3,4] C.H. Allan-Andrilla,[3] y L.J. Dey[3]

INTRODUCCIÓN

Una tendencia reciente e importante de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades es el número y magnitud crecientes de las intervenciones basadas en la comunidad. Estos programas pretenden abarcar poblaciones enteras, en general definidas geográficamente, e intentan modificar los comportamientos relacionados con la salud y el riesgo de enfermedad mediante campañas en medios de comunicación, activación de las organizaciones existentes en la comunidad, o cambios del entorno físico o sociocultural. Se han diseñado varios grandes programas de este tipo para la prevención de las enfermedades cardiovasculares *(30, 33, 44, 56, 71)*, que han sido revisados por Shea y Basch *(79, 80)*, y el enfoque se está aplicando con frecuencia creciente a otras patologías y poblaciones *(3, 34, 67, 89, 92)*. A medida que la inversión en programas basados en la comunidad ha ido creciendo, ha ido aumentando el valor de la evaluación de la eficacia de los mismos, como demuestran en parte las publicaciones de Green y Lewis *(38)* y Bracht *(6)*. En esta revisión, nos centraremos en una selección de aspectos metodológicos que adquieren una importancia especial en la evaluación de estos programas pero que han sido objeto de escasa cobertura en los textos habituales sobre el tema. Estos aspectos son:

Fuente: *Annual Review of Public Health* 1992;13:31–57.
© Annual Reviews Inc., 1992. Traducido y publicado con permiso de Annual Reviews Inc., Palo Alto California, Estados Unidos de América.

[1]Departamentos de Servicios de Salud, Epidemiología y Bioestadística, Universidad de Washington, Seattle, Washington, Estados Unidos de América.

[2]También en el Centro de Estudios de Salud, Group Health Cooperative of Puget Sound, Seattle, Washington, Estados Unidos de América.

[3]Unidad de Investigación sobre la Prevención del Cáncer, Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, Washington, Estados Unidos de América.

[4]También en los Departamentos de Epidemiología y Servicios de Salud, Universidad de Washington, Seattle, Washington, Estados Unidos de América.

1. La especificación del modelo teórico. El diseño de una intervención suele estar basado en alguna teoría sobre la acción del programa. Un paso temprano e importante de la evaluación consiste en definir este modelo teórico de forma explícita. ¿Cuáles son los componentes esenciales de la intervención, y cuáles son los mecanismos causales por los que se espera que funcionen? Es necesario disponer de un modelo explícito para orientar las decisiones relacionadas con el diseño de la evaluación, para ayudar a identificar los defectos específicos de un programa que ha resultado ineficaz, o para facilitar la difusión de un programa eficaz. Cuando se trata de intervenciones a nivel comunitario, dirigidas a los comportamientos individuales relacionados con la salud, la tarea puede resultar compleja, pues obliga a hacer conceptualizaciones a niveles múltiples.

2. Las comunidades como unidades de asignación. Puesto que las intervenciones pretenden cubrir comunidades enteras, el diseño de la evaluación con controles simultáneos deberá, con toda probabilidad, incluir la asignación de comunidades en bloque bien a la intervención, bien a los grupos de control. Esta característica tiene importantes implicaciones tanto para la planificación del tamaño del estudio como para el análisis de los datos.

3. Asignación de un número pequeño de comunidades. Las consideraciones relacionadas con el costo y la viabilidad suelen limitar la intervención y la evaluación a un número pequeño de comunidades, lo que complica la tarea de lograr grupos de estudio comparables.

4. Elección entre muestras longitudinales o transversales repetidas. Puede que sea necesario emplear encuestas comunitarias para medir los cambios de parámetros clave. Estas encuestas pueden ser realizadas siguiendo a un panel de sujetos de cada comunidad a lo largo del tiempo, u obteniendo una muestra transversal nueva de cada comunidad en cada momento del tiempo. Ambos enfoques tienen sus ventajas e inconvenientes propios.

5. Validez de las características de salud autonotificadas. A causa, sobre todo, de la naturaleza sumamente pública de la intervención y de la imposibilidad de cegar a los participantes con respecto a su pertenencia al grupo de tratamiento, la validez de los datos autonotificados relacionados con los comportamientos relativos a la salud puede suponer un problema.

6. Mediciones del entorno comunitario. La evaluación de las características del entorno de la comunidad puede ayudar a probar la totalidad del modelo causal subyacente, detectar los efectos más precoces del programa y evitar una confianza excesiva en los cambios autonotificados del comportamiento.

A continuación trataremos cada uno de estos seis aspectos.

ESPECIFICACIÓN DEL MODELO TEÓRICO

El ensayo aleatorio controlado se ha convertido en el paradigma más ampliamente aceptado de la evaluación del efecto de las intervenciones de salud. Es el patrón con el que se comparan los métodos no experimentales, que a menudo resultan deficientes tras la comparación. El diseño y el tamaño de la mayor parte de los ensayos aleatorios suelen depender del aspecto fundamental que se investiga, típicamente relacionado con el efecto de una intervención en un resultado final. Por desgracia, el valor otorgado a este resultado final puede hacer que pase inadvertida la necesidad de caracterizar tanto la propia intervención como los mecanismos causales por los que se supone funciona. De este modo, las intervenciones se convierten en "cajas negras" cuyos efectos globales pueden ser detectables, pero cuyos contenidos permanecen ocultos. En el diseño de una evaluación correcta, la especificación meticulosa de la intervención y de su mecanismo de acción supuesto constituye un paso de la mayor importancia.

¿Qué son las intervenciones de caja negra? Lipsey *(57)* las describe como "situaciones en las que pueden observarse aportaciones y rendimientos, pero en las que los procesos que conectan unas y otros resultan difíciles de identificar". Así pues, la caja negra contiene la secuencia causal entre aportación (p.ej., recepción de fondos abundantes y formación de una coalición comunitaria) y rendimientos (p.ej., cese del hábito de fumar). En las intervenciones más simples, tales como los programas de vacunación, abrir la caja negra puede ser deseable, pero no tan imprescindible como la interpretación de los resultados de la evaluación. Por el contrario, en las intervenciones preventivas basadas en la comunidad, el contenido de la caja negra es mucho más complejo y su oscuridad es un impedimento grave para la comprensión y el progreso de los programas.

Uno de los motivos más importantes para abrir las cajas negras es mejorar las intervenciones. Teniendo este objetivo en cuenta, en la literatura sobre evaluación ha surgido un enfoque de la evaluación de los procesos que se basa en consideraciones teóricas *(13, 14)*. Al centro de este enfoque se encuentra el concepto de teoría del tratamiento, que describe la forma en que las aportaciones del programa se traducen en resultados. Una teoría del tratamiento óptima debe ser lo bastante específica como para orientar el diseño y el análisis de la evaluación pero lo bastante general como para iluminar el campo. Sin embargo, la necesidad más crítica es la demostración de la aplicabilidad específica de esa intervención y del contexto en que será ejecutada. Esta necesidad ha llevado a Lipsey *(57)* a denominar "pequeñas teorías del tratamiento" a tales teorías de la intervención. Las teorías grandes, como la teoría de la difusión o la del intercambio, pueden guiar la elaboración de la teoría del tratamiento, pero también pueden ser demasiado abstractas y generales como para orientar el diseño de la evaluación.

Una teoría del tratamiento útil proporciona un modelo que permite demostrar la forma en que el programa produce los efectos que de él se esperan. Como mínimo, debe comprender las aportaciones (p.ej., formación de una nueva coalición en la comunidad) y resultados esenciales (p.ej., evitar que los adolescentes consuman sustancias psicoactivas) y la secuencia de acontecimientos o procesos que relacionan unas y otros. En los programas preventivos basados en la comunidad, tales acontecimientos o procesos deben dibujar un escenario verosímil que facilite la movilización de la comunidad y ayude a cada uno de sus componentes a cambiar de conducta. Una teoría pequeña de tratamiento útil describiría la forma en que la financiación obtenida, las características específicas del programa, la asistencia técnica y otras aportaciones se traducen en estructuras comunitarias eficaces capaces de producir y difundir los componentes de la intervención con posibilidad de éxito.

Un aspecto esencial de una teoría del tratamiento útil y de la evaluación del proceso es, en general, la definición de los pasos fundamentales de la ejecución del programa *(75)*. Los problemas esenciales de la mayor parte de los programas de salud basados en la comunidad se refieren a la funcionalidad de la coalición o comité formados, a la calidad científica de los componentes de la intervención tal y como se administran en la práctica y a la exposición de los residentes de esa comunidad a las intervenciones propuestas.

Teoría del tratamiento y diseño de la evaluación

Una buena teoría del tratamiento puede mejorar en gran medida el diseño, el análisis y la interpretación de una evaluación *(5, 57)*. Desde la perspectiva del diseño del estudio, casi no hay límites a lo que puede medirse en un programa basado en la comunidad. En el entorno comunitario o en las organizaciones de la comunidad, en sus líderes políticos, en sus proveedores de atención de salud o en cada uno de los miembros de la población a los que va dirigido el programa pueden producirse acontecimientos y procesos impor-

tantes. Para elegir las variables a medir es preciso disponer de algún medio para distinguir los aspectos que resultan esenciales para determinar el éxito o el fracaso del programa. La teoría del programa proporciona un plano para la medición puesto que, por definición, establece las etapas básicas del camino entre aporte y resultado.

Por ejemplo, la figura 1 muestra la "teoría pequeña" del tratamiento que guía la evaluación del Programa de Subvenciones para la Promoción de la Salud Comunitaria de la Henry J. Kaiser Family Foundation *(89)*. Los cimientos conceptuales del modelo *(27, 39, 40)*, basados en la teoría social del aprendizaje ("teoría grande") *(2)* subrayan la modificación de las normas de la comunidad y la introducción de cambios en los entornos físico, normativo y socioeconómico para hacerlos más compatibles con los comportamientos saludables y con los cambios de conducta. Para lograrlo, el modelo plantea la necesidad de que los proyectos activen primero a las comunidades sobre las que van a intervenir, desarrollando un consenso de base amplia entre las organizaciones preeminentes de cada una a fin de tratar el problema de salud, coordinar la planificación, compartir los recursos y producir una amplia participación de los ciudadanos. La "comunidad activada" alcanza a cada uno de los ciudadanos a través de componentes de intervención de gran calidad que modifican las pautas sociales hacia la aprobación de los comportamientos saludables y la desaprobación de los no saludables (p.ej., con mensajes en medios de comunicación), cambian el entorno para favorecer los comportamientos saludables y desanimar los no saludables (p.ej., políticas sobre consumo de tabaco en los lugares de trabajo) y proporcionan nuevos modelos de individuos que han adoptado normas y conductas saludables.

A continuación se seleccionan las mediciones de la evaluación que corresponden a los componentes principales de la teoría del tratamiento. En este caso, una encuesta hecha a los líderes de las organizaciones más importantes de la comunidad proporcionó datos para evaluar la magnitud en que dichas organizaciones colaboraban con el esfuerzo común y generaban actividades de intervención. Los cambios del entorno se vigilaron mediante encuestas en restaurantes y tiendas de alimentos y mediante revisión de la actividad legislativa; al mismo tiempo, encuestas hechas a los adolescentes y adultos residentes en la comunidad proporcionaron información acerca de la exposición a las intervenciones, las normas, los modelos de conducta y las propias conductas.

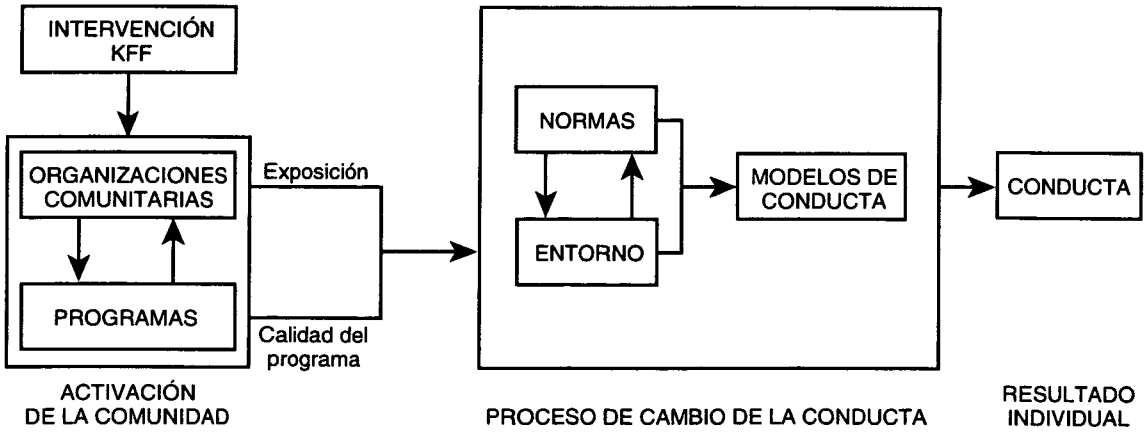


FIGURA 1. Modelo de intervención

Teoría del tratamiento y análisis de los datos

Los modelos de tratamiento son también modelos analíticos que especifican las variables independientes, dependientes y mediadoras y dibujan las vías causales. Judd y Kenny *(47)* demuestran la forma en que las modernas técnicas estadísticas de variables múltiples pueden ser aplicadas al estudio de las relaciones propuestas por una teoría del tratamiento. Lipsey *(57)* argumenta que el uso de la teoría del tratamiento para seleccionar las mediciones adecuadas y sensibles de los resultados puede aliviar en parte el problema, tan frecuente en las evaluaciones sociales, de la potencia estadística insuficiente, pues incrementa el tamaño del efecto verdadero asociado a un tratamiento eficaz.

Teoría del tratamiento e interpretación de los resultados de la evaluación

Los programas de prevención basados en la comunidad que tratan de los comportamientos relacionados con la salud no siempre producen efectos espectaculares. Con frecuencia las evaluaciones han revelado resultados mixtos *(28)*, controvertidos *(70)* o negativos *(94)* y es muy probable que así siga ocurriendo. La teoría del tratamiento puede aclarar el significado de los hallazgos al delinear la función del tratamiento, o de sus diferentes aspectos, como causa de un resultado positivo o negativo. Al mismo tiempo, la teoría del tratamiento puede desempeñar una función esencial en la diferenciación entre métodos de evaluación incorrectos e ideas de tratamiento malas o entre estas y ejecuciones defectuosas del tratamiento *(57)*.

Teoría del tratamiento y avance de la eficacia del tratamiento

Casi todos los programas preventivos basados en la comunidad se parecen, al menos en sus aspectos generales. La evaluación basada en la teoría del tratamiento debe adelantarse mediante la identificación de los detalles de las ideas que merece la pena imitar o mejorar y de las que deben volver a la mesa de diseño.

LAS COMUNIDADES COMO UNIDADES DE ASIGNACIÓN

Según nuestra definición, las intervenciones basadas en la comunidad pretenden abarcar a comunidades completas. Por tanto, cuando la evaluación se haga con un grupo de control estudiado simultáneamente, ese grupo deberá estar formado también por comunidades completas. En este diseño la unidad de asignación es la comunidad, aunque muchas de las mediciones de resultados (incluso todas las comentadas en esta sección), tales como la situación con respecto al tabaco o la ingesta dietética de grasa, se realicen a partir de observaciones hechas en individuos de la comunidad afectada. A veces es posible asignar realmente a las comunidades a grupos de intervención o control *(34, 89)*, como comentaremos más adelante. Sin embargo, los diseños no aleatorios también deben tratar de las consecuencias de una asignación hecha a nivel comunitario, por lo que exigen prestar gran atención a la posibilidad de que existan factores de confusión propios de la comunidad.

Probablemente las consecuencias más importante de la asignación por comunidades sean la menor potencia estadística y la mayor complejidad del cálculo del tamaño de la muestra o de dicha potencia estadística. Cuando medimos resultados en individuos pero la asignación y el análisis se hacen a nivel comunitario, debemos tener en cuenta y calcular dos fuentes de variación aleatoria: la variación individual en el seno de una comunidad y la variación de la comunidad en el seno de un grupo de tratamiento. También debemos considerar dos tipos de tamaño de la muestra: el número de individuos por comunidad y el número de comunidades por grupo de tratamiento. Para un número total dado de individuos estudiados, la potencia estadística es casi siempre menor cuando la asignación se hace por comunidades (o racimos) que cuando se hace por individuos, como demuestra el trabajo, breve y accesible, de Cornfield *(17)*. Al menos en lo que se refiere a los métodos de

análisis clásicos, una parte de la pérdida de potencia se explica porque el número de grados de libertad de una prueba estadística del efecto del tratamiento depende del número de comunidades estudiadas y no del número de sujetos estudiados en esas comunidades *(17, 48)*. Cuando el número de comunidades es pequeño, el número de grados de libertad también lo es y el valor crítico que debe alcanzar la prueba estadística es mayor que en los estudios que asignan individuos. Este efecto sobre la potencia puede llegar a ser muy importante cuando el número de comunidades es inferior a 10.

Más específicamente, la potencia para detectar un efecto de la intervención depende directamente de la precisión con que puede calcularse el nivel medio del resultado estudiado en cada grupo de tratamiento. En un diseño simple que supone la asignación aleatoria de c comunidades a un grupo de intervención y de otras c a un grupo de control, con n individuos estudiados en cada comunidad, la varianza previsible del muestreo de la media de cada grupo de tratamiento será:

$$\frac{\sigma_c^2 + \frac{\sigma^2}{n}}{c},$$

donde σ_c^2 es el componente de varianza a nivel de la comunidad (es decir, la varianza del nivel medio verdadero de la variable de resultados entre comunidades) y σ^2 es el componente de varianza a nivel individual (es decir, la varianza de la variable resultado entre los individuos residentes en una comunidad). Como norma general, el evaluador tiene escaso control sobre el tamaño de σ_c^2 o σ^2, pero debe calcular ambos valores para determinar la potencia del estudio.

La ecuación anterior también demuestra que si σ_c^2 es solo algo más grande que σ^2, probablemente solo se obtendrá una ganancia modesta del estudio de un mayor número de individuos de cada comunidad (es decir, de incrementar n), pero sí podrían obtenerse grandes ganancias de potencia si se estudian más comunidades por grupo de tratamiento (es decir, incrementando c). Como es natural, estas dos maneras de aumentar la potencia pueden tener implicaciones económicas muy diferentes. En determinadas circunstancias, el costo marginal de cada lugar de intervención puede ser grande, mientras que el costo marginal de cada lugar de control puede ser más modesto. En ese caso, el evaluador puede desear formar grupos de tratamiento de tamaño desigual, con más lugares de control que de intervención.

Una forma equivalente de considerar este tema *(23)* consiste en observar que, con la asignación de comunidades, las observaciones hechas en los individuos de cada grupo de tratamiento no pueden ser consideradas estadísticamente independientes, como podrían serlo con la asignación individual. Por el contrario, las observaciones hechas en los individuos que residen en la misma comunidad tienden a estar correlacionadas. Para las variables continuas, la medición adecuada de la correlación es la correlación intraclase, que puede expresarse como:

$$\frac{\sigma_c^2}{\sigma_c^2 + \sigma^2}$$

Así, la formulación basada en observaciones correlacionadas se halla estrechamente ligada a la basada en los componentes de la varianza, puesto que la correlación intraclase puede ser considerada como una medición de los tamaños relativos de los dos componentes de la varianza. Mickey *et al. (61)* tratan de este aspecto en términos del efecto del diseño y demuestran que su magnitud puede depender de la duración del estudio.

Métodos específicos para calcular el tamaño de la muestra y la potencia

Se han desarrollado varios instrumentos estadísticos útiles para la planificación de estudios de distinto diseño en los que se hace asignación por comunidades. Donner et al. *(22,*

23) y Hsieh (43) han dado normas para estudios de comparación simple, de dos grupos, con mediciones de resultados continuas o dicotómicas. Shipley et al. (81) describen e ilustran métodos para diseños que implican la asignación aleatoria de parejas de comunidades equiparables. Hsieh (43) discute una forma de hacer los cálculos de potencia cuando las comunidades deben asignarse aleatoriamente en dos o más estratos y cuando los efectos del tratamiento deben medirse en forma de comparación preensayo/postensayo a lo largo del tiempo. Koepsell et al. (48) sugieren un enfoque conveniente cuando lo más importante es la evolución en el tiempo del efecto de un programa, como puede suceder cuando se evalúa un modelo de intervención específico. También presentan distintos enfoques aplicables a las muestras longitudinales en comparación con las transversales repetidas de individuos estudiados a lo largo del tiempo. Los trabajos iniciales de Gillum et al. (35) también tratan el problema de considerar los abandonos a lo largo del tiempo.

Forma de calcular la varianza a nivel comunitario

Al calcular la potencia y el tamaño de la muestra necesarios en los estudios basados en la comunidad, uno de los mayores desafíos radica en la obtención de cálculos sobre el componente de varianza a nivel comunitario, σ^2. [Cuando se trata de diseños que implican comparaciones de cambios en función del tiempo, el evaluador puede suministrar un cálculo de σ_{CT}^2, la varianza de la interacción comunidad-según-el-tiempo, contra la que se probarán las interacciones tratamiento-según-el-tiempo (48)]. A veces, y dependiendo de la variable de resultado que interese, es posible obtener cálculos adecuados a partir de fuentes públicas de datos, como la encuesta sobre factores de riesgo relacionados con la conducta de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades o los resultados de estudios previos.

Se han propuesto varios métodos estadísticos para calcular los componentes de la varianza (77). Estos métodos pueden dar resultados distintos, particularmente cuando no se estudia un número similar de individuos en las distintas comunidades. Desde un punto de vista práctico, los programas informáticos BMDP y SAS contienen procedimientos para computar los componentes de la varianza. En el BMDP, el procedimiento P3V proporciona métodos para calcular tanto la probabilidad máxima como la probabilidad máxima restringida (REML). En el SAS, el procedimiento equivalente es PROC VARCOMP.

A título de ejemplo, el cuadro 1 presenta cálculos de σ_C^2 y σ^2 para la situación actual del consumo de tabaco, obtenidos a partir de tres estudios cuyos datos fueron recogidos en varias comunidades: la evaluación del Programa de Becas para Promoción de la Salud Comunitaria de la Henry J. Kaiser Family Foundation (89), el Experimento de Seguro Sanitario RAND (64) y una encuesta sobre comportamientos de riesgo relacionado con el cáncer efectuada en el estado de Washington por el Programa de Investigación sobre la Prevención del Cáncer en el Centro de Investigación sobre el Cáncer Fred Hutchinson (1990, datos no publicados). En todos estos estudios, las comunidades investigadas fueron ciudades o condados y la situación con respecto al consumo de tabaco fue codificada por igual, siendo 0=no fumador y 100=fumador, para obtener los cálculos en un rango numérico conveniente. En cada estudio, los cálculos de σ_C^2 obtenidos con los tres métodos estadísticos son, por general, similares, es decir, varían entre 8,8 y 10,7 para los datos de Kaiser. Sin embargo, los cálculos puntuales son muy distintos; los cálculos REML varían de 5,4 en los datos de RAND a 30,3 en los datos del estado de Washington. Pese al número relativamente grande de individuos estudiados, los cálculos de σ_C^2 a partir de estos conjuntos de datos se basan en números pequeños de comunidades, por lo que los límites de confianza son bastante amplios. Cuando se emplean datos de este tipo

CUADRO 1. Ejemplos de componentes de la varianza del estado de fumador actual a los niveles individual y comunitario

	Programa de Becas para Promoción de la Salud Comunitaria Kaiser	Experimento RAND sobre Seguros de Salud (momento de la inclusión)	Encuesta sobre factores de riesgo de la conducta relacionados con el cáncer del estado de Washington
No. de comunidades	15	6	35
No. total de sujetos	8.726	5.094	1.642
Prevalencia del hábito de fumar	24%	37%	26%
Varianza a nivel individual (σ^2)			
Cálculo puntual	1.800,7	2.342,3	1.990,7
Límites de confianza 95%	(1.746,2, 1.855,1)	(2.249,5, 2.435,3)	(1.850,9, 2.130,7)
Varianza a nivel comunitario (σ_C^2)			
Método REML			
Cálculo puntual	10,7	5,4	30,3
Límites de confianza 95%	(0, 21,7)	(0, 16,5)	(0, 79,9)
Método ML			
Cálculo puntual	8,8	3,8	25,1
Límites de confianza 95%	(0, 17,6)	(0, 12,1)	(0, 67,2)
Método de Momments			
Cálculo puntual	10,0	5,0	20,1

para planificar un estudio, puede ser conveniente usar varios cálculos de σ_C^2 que varíen dentro de un rango verosímil y proporcionen cálculos "optimistas" y "pesimistas" del tamaño de la muestra o de la potencia estadística.

Particularmente cuando se usan grandes conjuntos de datos, la tarea de computar los cálculos de los componentes de la varianza puede ser muy laboriosa y costosa y el investigador puede carecer de los recursos necesarios para ello. A veces, solo se dispone de medias o prevalencias comunitarias publicadas, en cuyo caso el investigador puede obtener un cálculo puntual bruto de σ_C^2 computando solo la varianza del conjunto de medias o prevalencias comunitarias. Por lo general, estos cálculos tienden a resultar conservadores (por ej., demasiado grandes) y probablemente sigan teniendo amplios límites de confianza si se basan en un pequeño número de comunidades. No obstante, este cálculo proporciona al menos una idea de σ_C^2 que se puede aplicar a la planificación del estudio.

Estrategias de análisis

El tan citado consejo de Cornfield *(17)* dice: "La asignación aleatoria por conglomerados acompañados del análisis adecuado a la asignación aleatoria por individuos es un ejercicio de autoengaño . . . y debe desaconsejarse". Whiting-O'Keefe y Simborg *(91)* también comentan sobre la práctica, demasiado frecuente, de ignorar la unidad de análisis correcta en los estudios que suponen asignación de agregados a las condiciones del tratamiento.

Las limitaciones de espacio solo nos permiten hacer una breve mención de varias técnicas de análisis adecuadas. Las pruebas de asignación aleatoria *(65)* proporcionan un método válido para probar los efectos del programa con un número mínimo de suposiciones estadísticas. Estas pruebas son más fáciles de llevar a cabo cuando el número de unidades de estudio es pequeño, sobre todo en la era actual de poder informatizado barato. Sin embargo, tienen el evidente inconveniente de que nunca pueden rechazar la

hipótesis nula cuando el número de posibles distribuciones en grupos de tratamiento de las comunidades a estudiar es demasiado escaso. Pueden emplearse los métodos tradicionales de análisis de varianza para diseños jerárquicos (anidados), que ofrecen la ventaja de su facilidad de ejecución cuando el número de observaciones por comunidad se mantiene relativamente constante en las distintas comunidades *(25)*. Los análisis que usan las medias comunitarias como si fueran observaciones elementales también pueden ser un enfoque sencillo y válido para estos diseños "equilibrados". El procedimiento P3V de BMDP arriba mencionado puede acomodar diseños en los que los tamaños de las muestras sean desiguales *(20)*. El análisis de la varianza resulta particularmente adecuado para las mediciones continuas de resultados, pero también puede serlo para los resultados dicotómicos, siempre que el número de observaciones por comunidad sea razonablemente grande y que las prevalencias comunitarias no se aproximen demasiado a 0 ó a 1.

Donald y Donner *(21)* han sugerido un método que supone la asignación aleatoria por racimo cuando se combinan tablas de contingencia 2 x 2 a través de comunidades. Estos autores (24) han propuesto también métodos analíticos aplicables a la asignación aleatoria por racimos efectuada dentro de estratos. Zeger et al. *(95)* han descrito métodos de análisis potentes y flexibles para los resultados dicotómicos correlacionados, basados en el uso de ecuaciones de cálculo generalizadas en el contexto de los estudios longitudinales. Sin embargo, los programas de computadora necesarios para poner en práctica estos métodos no han tenido todavía una amplia difusión.

ASIGNACIÓN DE UN NÚMERO PEQUEÑO DE COMUNIDADES

Con frecuencia, los organismos patrocinadores o las propias comunidades deciden desarrollar un programa en una comunidad o conjunto de comunidades determinados y el evaluador tiene poco que decir al respecto. En otros casos, se desarrolla un programa multicomunitario como parte de un experimento social planificado, de forma que las consideraciones relativas a la evaluación influyen en el proceso por el que las distintas comunidades se designan como lugares de intervención o no intervención. No obstante, incluso cuando el evaluador puede permitirse el lujo de asignar comunidades a grupos de tratamiento, la forma de hacerlo puede que no sea nada clara. En esta sección consideramos dos aspectos de la decisión.

¿Debe hacerse una asignación aleatoria de las comunidades?

Cuando solo se dispone de un pequeño número de comunidades para hacer la asignación aleatoria a los grupos de intervención o control, hay un gran riesgo de producir graves desequilibrios de los factores de confusión importantes entre los grupos, sean estos factores conocidos o no. Puede argumentarse que algunos de los resultados posibles de la asignación aleatoria son inaceptables, como aquellos que sitúan a las comunidades de intervención y de control en el mismo mercado de medios de comunicación e inducen la contaminación cruzada. Por esta razón, por ejemplo, y para reducir al mínimo los desplazamientos del investigador, suelen elegirse las comunidades más próximas al sitio del estudio como lugares de intervención, mientras que las más alejadas se reservan para el grupo de control.

A pesar de todo, incluso aunque solo se disponga de un pequeño número de comunidades para estudio, el proceso de asignación aleatoria tiene mucho de recomendable *(51)*, sobre todo cuando se están considerando otros procesos distintos a la asignación simple. La mayor dificultad de la creación de grupos de tratamiento aceptablemente equilibrados se debe, sobre todo, al limitado número de comunidades de que se dispone, y a que esta di-

ficultad persiste tanto cuando se usa la asignación aleatoria como en caso contrario. Para conseguir un equilibrio mejor, pueden aplicarse otros métodos, como la equiparación o la estratificación, junto a la asignación aleatoria. Así, en el proyecto COMMIT, se formaron 11 pares de comunidades y uno de los miembros de cada pareja se seleccionó aleatoriamente como lugar de la intervención *(34)*; en el Programa de Becas para Promoción de la Salud Comunitaria de la Henry J. Kaiser Family Foundation se usó una forma de asignación aleatoria restringida después de distribuir las comunidades elegidas en estratos *(89)*. Esta forma de asignación aleatoria también puede ser utilizada para resolver el problema de los mercados de medios compartidos, descartando de antemano algunas configuraciones inaceptables de grupos de estudio, siempre que todas las comunidades tengan, en última instancia, las mismas posibilidades de pertenecer a uno u otro grupo. (Ello puede ser particularmente adecuado cuando se utiliza una prueba de asignación aleatoria para hallar la inferencia estadística.) En resumen, aunque un proceso de asignación aleatoria meticulosamente diseñado tal vez no evite los problemas de comparabilidad entre grupos de tratamiento con la misma efectividad que si se tratara de muestras grandes, tampoco los hará más complejos. Al mismo tiempo, la asignación aleatoria ofrece varias ventajas: una base firme para la prueba de la hipótesis formal y una percepción de igualdad de oportunidades por parte de la población en lo que se refiere a la formación de los grupos objeto de la comparación que será difícil de lograr de cualquier otra forma.

¿Deben equipararse las comunidades?

Como se señaló anteriormente, la equiparación puede emplearse, con o sin asignación aleatoria, para conseguir cierto grado de comparabilidad entre los grupos de intervención y control o para incrementar la potencia. En teoría, el mejor factor para equiparar los grupos será aquél que muestre mayor correlación con el cambio de la variable resultado; en la práctica, tal vez no se conozcan por completo las características de la comunidad que servirían mejor como factores de equiparación. Freedman et al. *(34)* han demostrado que un esquema de equiparación que comprendía la proximidad geográfica y el tamaño de las comunidades parecía ser de utilidad en la formación de pares equiparados similares en cuanto a la prevalencia del comportamiento que se desea cambiar a nivel basal. Sin embargo, Martin et al. *(59)* sugieren que cuando el número de comunidades de estudio es pequeño, la equiparación solo debe utilizarse en presencia de un factor de equiparación muy bueno, sobre todo porque la pérdida de grados de libertad que se produce al usar la pareja de comunidades (en lugar de la comunidad individual) como unidad de análisis puede comprometer gravemente la potencia y, de hecho, debilitar la comparación.

USO DE MUESTRAS LONGITUDINALES O TRANSVERSALES REPETIDAS

Casi todos los programas de promoción de la salud basados en la comunidad tienen, como uno de sus objetivos fundamentales, la reducción de los comportamientos de riesgo para la salud en las comunidades estudiadas. Suele ser preciso hacer encuestas de los residentes en la comunidad en dos o más momentos con el fin de obtener pruebas directas de la consecución de ese objetivo. En estas encuestas pueden utilizarse muestras longitudinales, que consisten en un panel de individuos de cada comunidad a los que se encuesta en repetidas ocasiones, o muestras transversales repetidas, que consisten en obtener muestras nuevas de individuos de cada comunidad en cada encuesta (generalmente, con tan solo una pequeña probabilidad de que el mismo individuo sea seleccionado dos veces). Aunque este trabajo se refiere a muestras de individuos, es igualmente aplicable a otras posibles subunidades de la comunidad, como los restaurantes o las escuelas.

Varios autores *(1, 29, 36, 73)* han tratado el tema de los méritos relativos de ambos tipos de muestras. La elección depende de la correspondencia entre el tipo de muestra y los objetivos del programa, de la susceptibilidad relativa a los sesgos, de la potencia estadística admitida y del costo. El cuadro 2 resume los factores a tener en cuenta en esta sección.

Correspondencia con los objetivos del programa

Un aspecto importante depende de si la intervención pretende fundamentalmente cambiar el comportamiento de los individuos con respecto a la salud o modificar la prevalencia de las conductas de riesgo en la comunidad. Estos dos tipos de cambios no son iguales, puesto que las comunidades son poblaciones dinámicas y sus miembros pueden variar a lo largo del tiempo, en función de los nacimientos, defunciones, inmigraciones y emigraciones que se produzcan. Puede observarse un descenso de la prevalencia comunitaria de un comportamiento a lo largo del tiempo, aunque no se hayan producido cambios a nivel individual, si los sujetos que acuden o abandonan esa comunidad difieren sistemáticamente del resto de los residentes en lo que a comportamientos respecto a la salud se refiere. Los programas basados en la comunidad suelen pretender el cambio individual de comportamiento. Sin embargo, a veces también buscan modificar el entorno social, de forma deliberada o no, mediante el reclutamiento de personas con comportamientos saludables y la emigración de los que tienen conductas de riesgo. Por ejemplo, un programa de promoción de la salud laboral puede tener como efecto una preferencia por los empleados no fumadores a la hora de hacer contratos; también puede convertir el centro de trabajo en un lugar incómodo para los fumadores, de forma que estos prefieran trasladarse a otro. A igualdad de factores, las muestras longitudinales son más adecuadas, en teoría, para aislar los efectos del programa en el cambio individual de comportamiento, mientras que las muestras transversales se adaptan mejor a la medición de los efectos del programa en la prevalencia de ámbito comunitario.

CUADRO 2. Factores que influyen en la elección entre muestras longitudinales y transversales repetidas

Factor	Longitudinales	Transversales
Objetivo del programa	Mide directamente el cambio de las características individuales de salud	Mide directamente el cambio de la prevalencia de las características de salud de la comunidad
Sesgo de selección en el reclutamiento	Puede empeorar si la participación no es anónima	La participación puede ser anónima
Desgaste	Las pérdidas para el seguimiento pueden estar relacionadas con el comportamiento objeto de evaluación	No es un problema
Prueba	El interrogatorio repetido puede actuar como cointervención	No es un problema
Maduración	El panel envejece, mientras que la comunidad en conjunto puede no hacerlo	No es un problema
Historia	El panel está formado por personas que residen desde hace más tiempo en la comunidad, con exposición a la "historia local"	No es un problema
Contaminación cruzada	No es un problema	El trasvase entre comunidades de intervención y control puede diluir el efecto de la primera
Potencia estadística	Mayor para una muestra de tamaño fijo y para el efecto de la intervención	Menor

Cuando la encuesta se aplica a una fracción grande de la comunidad y cuando el recambio de la población de esta es lento, es posible generar una submuestra longitudinal de las muestras transversales haciendo la selección repetida de los mismos individuos. En otros casos pueden encontrarse formas de soslayar las limitaciones de una estrategia específica de muestreo modificando otros aspectos de la metodología de la encuesta. Por ejemplo, puede preguntarse a los que responden a una encuesta transversal de seguimiento cuánto tiempo llevan viviendo en la comunidad y si han hecho algún cambio de sus comportamientos relacionados con la salud durante el período de estudio. También es posible complementar una muestra longitudinal o reemplazar a los sujetos perdidos para el seguimiento con sujetos nuevos a fin de lograr una composición más representativa de la comunidad en cada momento estudiado, aunque esta opción suele complicar el análisis de los datos.

Susceptibilidad a los sesgos

El cuadro 2 destaca también ciertas fuentes de sesgo que pueden influir de distinta forma en las muestras longitudinales y transversales repetidas. En este caso, "sesgo" significa cualquier diferencia sistemática entre las características medidas de la muestra y las verdaderas características de la población supuestamente representada por esa muestra.

La autoselección durante el reclutamiento puede producirse en ambos tipos de muestreo por ausencia de respuesta. El rechazo activo a participar es un componente importante de la no respuesta *(31, 42, 88)* y los problemas relacionados con la intimidad justifican muchas negativas a responder en algunas encuestas *(19)*. Mientras que en una muestra transversal única la participación de los que responden puede ser anónima, los miembros de una muestra longitudinal deben revelar su identidad y repetir su consentimiento. Estas exigencias adicionales pueden reducir aún más el deseo de participar.

La pérdida de sujetos afecta a las muestras longitudinales, pero no a las transversales repetidas. A veces puede llegar a ser muy grande: en el Proyecto de Cinco Ciudades de Stanford, solo el 39% de la cohorte basal completó tres encuestas de seguimiento a lo largo de cinco años *(28)*. En varios estudios longitudinales se ha comprobado que los sujetos que fuman en el momento basal tienden a abandonar el estudio con más frecuencia que los no fumadores *(41, 45, 46)*. En otros trabajos se ha visto que los sujetos más difíciles de seguir suelen tener peores hábitos de ejercicio físico *(54)* o mayores niveles de abuso de sustancias psicoactivas durante el seguimiento *(41, 53, 69)*. Estos hallazgos sugieren que las pérdidas de una cohorte afectan preferentemente a las personas con los peores hábitos que afectan la salud.

Los efectos de la prueba tienen lugar cuando los cambios del comportamiento notificado se producen (o inhiben) a causa de la repetición de los interrogatorios. Solo aparecen en las muestras longitudinales. Aunque los psicólogos conocen desde hace mucho tiempo la posibilidad de que se produzcan tales efectos *(8, 16)*, que han sido demostrados en comportamientos no relacionados con la salud tales como el voto *(49)*, poco es lo que se conoce acerca de los efectos de la prueba en las características de salud notificadas de múltiples factores de riesgo. En el estudio *(63)* MRFIT, la gran discrepancia observada durante el seguimiento entre las tasas de abandono del tabaco autonotificadas y ajustadas según la reacción del tiocianato del grupo de intervención en comparación con el grupo de control sugería la posibilidad de una interacción prueba-tratamiento. Una investigación efectuada por Bridge *et al. (7)* indica que el interrogatorio repetido produjo variaciones de las actitudes hacia el cáncer. Murray *et al. (62)* encontraron mayores tasas de abandono del tabaco en la cohorte de adolescentes interrogados en repetidas ocasiones que en una muestra transversal única comparable. Plantearon la hipótesis de que las propias encuestas pudieran justificar parcialmente esta diferencia.

La maduración se produce en las muestras longitudinales, que envejecen con el tiempo, mientras que la distribución por edades de la comunidad y de las muestras transversales repetidas puede ser muy poco variable. En consecuencia, puede parecer que los fenómenos relacionados con la edad cambian a lo largo del tiempo en las muestras longitudinales, aunque el cambio no guarde relación alguna con la intervención comunitaria.

La historia puede influir preferentemente en las muestras longitudinales, que por necesidad se componen de sujetos que habitan en la comunidad desde hace más tiempo. Los miembros estables de una comunidad pueden verse más expuestos a acontecimientos locales, que no forman parte del programa pero que influyen en el cambio de comportamiento.

La contaminación cruzada de los grupos de tratamiento es posible, al menos en teoría, cuando hay gran movilidad entre comunidades. Si se trata de una muestra transversal repetida, un participante de la encuesta de seguimiento puede haberse desplazado recientemente de una comunidad de control a una comunidad de tratamiento, o viceversa, lo que complicará su situación con respecto a la exposición. Este tipo de sesgo es más peligroso cuando la definición de "comunidad" es muy amplia e incluye marcos tales como los lugares de trabajo o las escuelas.

Aunque estas fuentes de sesgo pueden interferir en la representatividad de la muestra con respecto a la comunidad en un momento dado, ello no significa que proporcionen, necesariamente un cálculo sesgado del efecto del programa. Por ejemplo, si la pérdida de sujetos afecta de igual modo a las muestras longitudinales de las comunidades de intervención y control, esta fuente de error se "autosuprime" en la comparación entre grupos de estudio. De igual modo, los sesgos que permanecen estables permiten una evaluación precisa del cambio de prevalencia de una característica a lo largo del tiempo. Los diseños de evaluación más potentes usados hasta la fecha han evaluado los efectos de los programas comparando los cambios producidos a lo largo del tiempo en los grupos de intervención y control. Con estos diseños, el cálculo del efecto del programa solo estará sesgado si existen interacciones entre el tamaño del sesgo, el grupo de tratamiento y el tiempo, p.ej., si la repetición de las encuestas hace que la persona sea más sensible al efecto de la intervención o si la pérdida de los sujetos con hábitos insalubres se produce de distinta forma en uno y otro grupo. Por desgracia, hay escasas pruebas empíricas para poder juzgar lo importantes que son en la práctica estas amenazas teóricas a la validez.

Potencia estadística

Uno de los grandes atractivos de las muestras longitudinales es que ofrecen mayor potencia estadística para detectar el cambio. Esta ganancia de potencia se debe a la correlación intertemporal de las características de salud a nivel individual, de la que también depende cuantitativamente: cuanto más estable sea la característica, mayor será la ventaja de la muestra longitudinal para detectar un cambio hipotético de un tamaño dado. Schlesselman *(76)* y Cook y Ware *(15)* tratan de los principios estadísticos que subyacen a esta conclusión. Koepsell et al. *(48)* discuten el rendimiento de los cálculos del tamaño de la muestra para ambos tipos de muestreo.

Puesto que, como antes se comentaba, las muestras longitudinales pueden ser más susceptibles a los distintos sesgos, Martin et al. *(58)* han derivado una desigualdad simple que demuestra lo grande que tiene que ser el sesgo añadido para poder superar las ventajas ofrecidas por la mayor potencia de estas muestras longitudinales, al menos en las situaciones de diseño simple. Consideremos un diseño en el que r = la correlación entre el estado de la conducta relacionada con la salud del individuo en el momento basal y en el seguimiento; n = el número de individuos encuestados en cada ocasión, b_L = la magnitud del sesgo en el cálculo del cambio medio entre

el momento basal y el seguimiento, basado en la muestra longitudinal, b_x = el sesgo correspondiente de una muestra transversal y s^2 = la variancia global de la conducta. Martin ha demostrado que cuando $r < n(b_L^2 - b_x^2)/2s^2$, la muestra transversal proporciona un error del cuadrado de las medias previsto inferior al conseguido con una muestra longitudinal.

Por desgracia, para hacer una elección segura entre ambos tipos de muestreo sería preciso disponer de antemano de buenos cálculos acerca de la extensión probable de distintas clases de sesgo y de la correlación intertemporal previsible de las características que se van a medir. Además, es de esperar que todos estos factores varíen con las distintas conductas, de forma que el enfoque de muestreo más adecuado para estudiar una conducta puede no serlo para estudiar otra. Quizás por ello en varias evaluaciones de intervenciones comunitarias a gran escala se han utilizado muestras tanto longitudinales como transversales; en general, estas evaluaciones permitieron que la muestra basal de la encuesta sirviera a la vez como muestra longitudinal y como primera muestra transversal *(29, 44, 89)*. En su tratamiento de esta estratagema práctica que consigue la seguridad gracias al exceso, Thornquist y Anderson *(86)* han propuesto recientemente lo que llaman el "método del cinturón y los tirantes" para un análisis combinado de los datos procedentes de muestras longitudinales y transversales que emplea ecuaciones de cálculo generalizadas.

VALIDEZ DE LAS CARACTERÍSTICAS DE SALUD AUTONOTIFICADAS

En los estudios de promoción de la salud y prevención de las enfermedades de base comunitaria, la información acerca de los comportamientos relacionados con la salud suele obtenerse directamente de los individuos mediante entrevistas o cuestionarios autoadministrados. Existe la difundida creencia de que la gente tiende a notificar en exceso los comportamientos deseables y a infranotificar los indeseables. En la medida en que los medios de comunicación, los lugares públicos, los centros de trabajo y la práctica clínica comienzan a prestar más atención a los comportamientos saludables, los individuos, las familias y los distintos grupos sociales podrían encontrarse más sensibilizados hacia las formas de comportamiento socialmente deseables. Por lo tanto, sería importante desarrollar y aplicar metodologías destinadas a investigar y mejorar la validez de la autonotificación.

Una táctica importante consiste en buscar mediciones "objetivas" del comportamiento, suponiendo que se hallan libres de sesgos subjetivos. Así, las pruebas de evaluación bioquímica, como las utilizadas en la investigación sobre el hábito de fumar, son muy apreciadas por su valor como criterio. Sin embargo, estos "patrones oro" pueden ser muy costosos y también vulnerables a las variaciones interindividuales de absorción, metabolismo y excreción *(37)*. Un equipo de investigación llega incluso a la siguiente conclusión: " . . . las respuestas a los cuestionarios parecen ser el patrón de referencia con el que comparar las pruebas fisiológicas del consumo de tabaco, y no al revés" *(68)*. A menudo, la autonotificación es la única forma posible de recoger datos sobre los comportamientos relacionados con la salud. Resumiremos ahora las pruebas publicadas acerca de la validez de la autonotificación de dos formas de comportamiento relacionado con la salud que con frecuencia han sido el objetivo de intervenciones basadas en la comunidad: el consumo de cigarrillos y los hábitos dietéticos. También nos referiremos a las metodologías más utilizadas para la evaluación y mejoría de dichas notificaciones.

Consumo de cigarrillos

Una revisión y metaanálisis reciente de los estudios que han utilizado métodos bioquímicos de validación para confirmar el comportamiento de los sujetos con respecto al tabaco sugiere que la autonotificación

obtenida mediante entrevistas personales tiene una sensibilidad y especificidad bastante altas en los sujetos adultos respondientes que participan en los estudios comunitarios, si se comparan con la determinación bioquímica del consumo *(66)*. Por el contrario, los estudios de validación similares realizados en estudiantes hacen pensar que la autonotificación de los adolescentes involucrados en intervenciones para dejar de fumar es menos exacta. La validación bioquímica sigue siendo deseable en las evaluaciones de las intervenciones relacionadas con el tabaco.

Sin embargo, la validación bioquímica no puede determinar la exactitud de las notificaciones en lo que se refiere al consumo de cigarrillos, es decir, al número de unidades fumadas *(85)*. Tampoco sirve para validar la historia de tabaquismo de los sujetos en la valoración del riesgo en términos de paquete–años. Es muy probable que el hábito de fumar a lo largo de toda la vida sea infranotificado, dadas las dificultades de recordar acontecimientos lejanos.

Se han empleado distintas técnicas metodológicas para evaluar y mejorar la autonotificación de los comportamientos relacionados con el tabaco. El estudio de las notificaciones adicionales, procedentes por lo general de un pariente próximo y en particular del cónyuge, indica que la autonotificación guarda una estrecha correlación con estas notificaciones complementarias *(60)*.

Otros estudios sugieren que la validez de la autonotificación aumenta cuando el sujeto sabe que va a ser sometido a una prueba bioquímica, como el contenido de cotinida en la saliva o la concentración de monóxido de carbono en el aire espirado *(4, 26)*. En algunos casos se hacen determinaciones falsas o se obtienen muestras biológicas que nunca llegan a analizarse. Este enfoque ha recibido el nombre de "tubería falsa". En una investigación sobre adolescentes en la que se emplearon mediciones objetivas auténticas, Bauman y Dent *(4)* encontraron que los sujetos que habían fumado poco tiempo antes notificaban cantidades significativamente mayores de consumo al ser informados acerca de la determinación bioquímica antes de completar el cuestionario.

Lamentablemente, los estudios publicados sobre evaluación del consumo de cigarrillos rara vez incluyen las preguntas exactas que se utilizaron para clasificar a los fumadores y no fumadores. En consecuencia, es difícil evaluar la forma y el contenido de las propias preguntas, ya que la redacción de las mismas puede influir en las respuestas y, por tanto, en la categorización de los respondientes como fumadores *(87)*. Por lo tanto, los estudios que investigan el hábito de fumar deberían dar cuenta de las preguntas utilizadas, de forma que esta fuente potencial de invalidación pueda ser examinada y controlada. También deberían informar si los sujetos sabían, antes de responder, que más tarde habrían de dar una muestra biológica para la correspondiente validación bioquímica.

Conducta dietética

Un problema de la evaluación de la conducta dietética a través de la autonotificación es que la alimentación es un hábito mundano y frecuente al que la gente presta relativamente poca atención. En los estudios basados en la comunidad se han empleado al menos tres métodos para evaluar la ingesta dietética: ingesta de nutrientes (registro de la dieta, recuerdo de 24 horas y cuestionarios sobre frecuencia de consumo de alimentos); mediciones bioquímicas (sobre todo, del colesterol sérico) y enfoques orientados hacia objetivos específicos de intervención (medición del comportamiento individual, como "¿comió usted verduras anoche?" o determinaciones del entorno que se comentarán más adelante, tales como el porcentaje del espacio total destinado a la leche que se dedica a la leche desnatada en los supermercados) *(50)*.

La ausencia de un criterio que defina la ingesta dietética de las personas que hacen vida independiente es el problema más importante de la evaluación de la validez de tales

mediciones. Como alternativa, suele utilizarse la evaluación de la validez convergente (concurrencia entre distintas mediciones). En general, las correlaciones entre las distintas determinaciones de la ingesta dietética rara vez superan valores de 0,6 y, dependiendo del nutriente, a menudo alcanzan tan solo cifras de 0,3 *(55)*. Incluso en los cuestionarios sobre frecuencia de alimentos, que están diseñados para reducir al mínimo la variabilidad intraindividual, las correlaciones ensayo-reensayo rara vez son superiores a 0,65 y pueden llegar a descender a 0,2 *(84)*.

Una de las grandes amenazas de la validez procede de la naturaleza no ciega de la mayor parte de los estudios sobre intervención dietética en la comunidad. Si los programas de intervención tienen un componente eficaz de educación de la población, los residentes de las comunidades en las que se lleva a cabo esa intervención llegan a comprender mejor la relación existente entre alimentación y salud y prestan más atención a los alimentos y elecciones alimenticias. Estos efectos de la intervención pueden influir en las mediciones, en ausencia de cambio del comportamiento y, en consecuencia, confunden la interpretación de las diferencias observadas entre las comunidades de intervención y de control. El hecho de repetir las pruebas en una cohorte puede producir, igualmente, sesgos de los comportamientos notificados, como se comentó en los párrafos anteriores. Lamentablemente, son pocos los datos existentes que permiten calcular o verificar la magnitud de esos sesgos potenciales.

En la práctica, suele admitirse que los recuerdos de 24 horas y los registros de alimentos son demasiado caros, excesivamente laboriosos y difíciles de administrar como para ser utilizados en los estudios comunitarios. Comúnmente, los cuestionarios sobre frecuencia de alimentos y los cuestionarios abreviados sobre comportamientos específicamente orientados hacia los objetivos específicos de la intervención, métodos ambos que se basan en la notificación retrospectiva de los hábitos dietéticos, son el único método práctico para evaluar los cambios de la dieta. Tanto en uno como en otro, los procesos cognoscitivos que subyacen a la respuesta son complejos. Por ejemplo, los juicios sobre frecuencia de alimentos exigen al individuo que asigne una "frecuencia típica" y haga una valoración del tamaño de las raciones de una lista de alimentos que a menudo es muy larga. Debe producirse un proceso de inferencia, por el cual se hace un juicio de frecuencia en el momento de responder a la pregunta. Estos procesos de inferencia casi no han sido investigados, como tampoco lo ha sido su potencial para introducir sesgos en los comportamientos dietéticos notificados *(82, 83)*.

Los estudios epidemiológicos sobre conductas dietéticas *(93)* han demostrado que las notificaciones de los respondientes, tanto en lo que se refiere a los comportamientos dietéticos actuales como en cuanto al recuerdo de comportamientos previos, dependen de que los alimentos sean considerados como socialmente deseables o importantes para la persona. Las comparaciones de los registros alimentarios diarios indican que hay una sobrevaloración de hasta un 50% de los alimentos considerados como "saludables" y una infravaloración de hasta el 30% de los considerados "insalubres" *(74)*.

Sería necesario investigar varios enfoques para valorar y reducir al mínimo estos sesgos del recuerdo dietético. Por ejemplo, en los esquemas de evaluación podrían incluirse la estimación social de los alimentos y las escalas de preeminencia de los mismos *(18)*. Otros enfoques menos directos consistirían en hacer que la evaluación de la ingesta dietética fuera una parte de alguna otra tarea no tan relacionada con los hábitos de salud (p.ej., introducirla en una serie mayor de preguntas acerca del comportamiento del usuario como comprador). También podrían incluirse alimentos falsos (p.ej., aceite de oliva pobre en grasa) en los cuestionarios sobre frecuencia de alimentos, a fin de evaluar la sobrenotificación de los alimentos "saludables".

Es necesario realizar estudios tanto analíticos como comunitarios para llegar a conocer

mejor la forma en que los individuos valoran y notifican sus comportamientos relacionados con la salud y si existen diferencias entre los habitantes de las comunidades de control y los de las comunidades de intervención en lo que se refiere a los posibles sesgos encontrados. Durante los últimos decenios, las investigaciones realizadas sugieren que la autonotificación del hábito de fumar de los estudios de intervención precisa de validación bioquímica. La ausencia de mediciones bioquímicas similares para comprobar las conductas dietéticas autonotificadas contribuye a la gran complejidad de la evaluación de un comportamiento ya de por sí complicado y polifacético.

MEDICIONES DEL ENTORNO COMUNITARIO

Varios de los factores que complican la evaluación de los resultados de las intervenciones basadas en la comunidad hacen que la clase de mediciones que llamamos "indicadores ambientales" resulte aún más atractiva. En esta sección se describen brevemente esos factores, se definen los indicadores ambientales y se indica su lugar en relación con otras mediciones hechas a nivel comunitario, dando algunos ejemplos. Cheadle et al. *(12)* discuten este tipo de mediciones de una forma mucho más completa.

Como se indicó antes, la evaluación de las intervenciones a nivel comunitario plantea dos problemas: la imposibilidad de que los sujetos desconozcan la presencia de la intervención, lo que amenaza la validez de las actitudes, comportamientos y resultados de la autonotificación, y la complejidad del mecanismo de acción por el que los programas comunitarios modifican la conducta individual, en un proceso de muchos escalones intermedios. Como demuestra el modelo causal presentado en la figura 1, estos escalones intermedios con frecuencia implican modificar lo que podría ser denominado "el entorno comunitario", definido en líneas generales como la totalidad del entorno físico, medioambiental, legal, social y económico. Los componentes del entorno comunitario relacionado con la salud abarcan las instituciones (centros de trabajo, comercios, instituciones políticas), la geografía (aire, calidad del agua), los mensajes de los medios de comunicación (TV, radio, prensa), la legislación y los reglamentos (ordenanzas sobre el tabaco).

Así pues, los indicadores ambientales cumplen dos funciones en la evaluación. En primer lugar, sirven de indicador de las actitudes compartidas, comportamientos colectivos o ambos, sin necesidad de recurrir a la autonotificación. En segundo lugar, captan las características del eslabón medioambiental de la cadena que une los programas de promoción de la salud con los cambios de los comportamientos relacionados con la salud.

Los indicadores ambientales derivan de observaciones hechas en el contexto de la comunidad en que residen las personas. A fin de aclarar el concepto, será útil establecer su nexo de unión con otras "mediciones de nivel comunitario", es decir, con las medidas que permiten caracterizar a la comunidad en conjunto, por oposición a la caracterización de los individuos o subgrupos que la forman. Las mediciones de nivel comunitario pueden dividirse en tres subcategorías: "individual-desagregada", información obtenida inicialmente sobre aquellos individuos de los que se dispone de datos de covarianza a nivel individual (p.ej., características demográficas) que pueden ser utilizados para analizar e interpretar las estadísticas de la comunidad; "individual-agregada", mediciones procedentes de la información obtenida a nivel individual, pero disponible solo en forma agregada, e "indicadores ambientales", mediciones basadas en observaciones del entorno comunitario.

La mayor parte de las mediciones de nivel comunitario que se han usado para valorar los programas de promoción de la salud corresponden a la primera categoría, es decir, se basan en mediciones hechas a nivel individual (p.ej., encuestas con entrevista, determinaciones fisiológicas), gracias a las cuales se dispone de información adicional sobre todos

los respondientes. En general, estos datos son obtenidos por los investigadores que evalúan un programa de promoción de la salud dado, pero podrían incluir fácilmente otra información de uso público (tasas de nacimiento y mortalidad, resúmenes de altas hospitalarias). Las mediciones de nivel comunitario formadas mediante la agregación hasta el nivel comunitario de los datos individuales desprovistos de identificadores comprenden la información recogida por organismos distintos a los evaluadores del programa. Como ejemplos de mediciones agregadas destacan los datos del censo, las tasas de mortalidad, las estadísticas sobre accidentes de tránsito y casi toda la información económica (p.ej., información sobre ventas).

Los indicadores ambientales, la tercera clase de mediciones de nivel comunitario, proceden de observaciones sobre aspectos del entorno de la comunidad que, al igual que otras mediciones similares, se agregan hasta el nivel de la comunidad. Por ejemplo, el número, tipo y visibilidad de las señales que prohíben fumar en los centros de trabajo (que pueden ser considerados como pequeñas comunidades) son indicadores ambientales de la actitud de los trabajadores y empresarios hacia el tabaco. Es probable que si estos han adoptado una actitud militante contra el hábito, las áreas para no fumadores sean más grandes y estén más claramente indicadas. Además, el número y naturaleza de los signos de prohibido fumar son también indicadores de las influencias medioambientales que actúan sobre los empleados.

Dentro de la bibliografía existente sobre los indicadores ambientales, pueden seguirse varias rutas. Desde mediados de la década de 1960, se han escrito numerosos artículos sobre indicadores sociales y modelos de indicadores sociales en el campo de la sociología *(9, 52, 72)*. Por ejemplo, Carley *(9)* presenta indicadores derivados del Sistema de Contabilidad Social y Económica (SEAS, Social and Economic Accounts System) desarrollado por Fitzsimmons y Lavey *(32)*, que organiza 477 indicadores comunitarios en 15 sectores. Los indicadores de salud del sector social de SEAS comprenden mediciones individuales-agregadas (p.ej., número de defunciones por 1.000 nacidos vivos) y mediciones que podrían clasificarse como indicadores ambientales: número de médicos a equivalencia de jornada completa, hospitales y camas hospitalarias.

Otro pariente próximo de los indicadores ambientales en la bibliografía actual son las mediciones "discretas" o "no reactivas" que fueron recogidas y categorizadas inicialmente por Webb et al. *(90)*. Una medición es discreta cuando el objeto de interés ignora que está bajo observación. Las medidas no reactivas no plantean el problema del sesgo de reactividad, puesto que la respuesta "verdadera" no se ve influida por el proceso de medición. Todas las medidas discretas son no reactivas, pero algunas medidas no reactivas pueden ser muy indiscretas (p.ej., análisis de sangre). En muchos casos, estas medidas discretas podrían clasificarse como mediciones de nivel individual según nuestro esquema, ya que las observaciones se hacen en individuos y después se agregan para obtener una media o proporción representativa del grupo estudiado. No obstante, en la bibliografía se encuentran también otras mediciones basadas en las características del entorno comunitario [p.ej., pintadas en los muros *(78)*] que, por tanto, pueden clasificarse como indicadores ambientales.

En el cuadro 3 pueden encontrarse algunos ejemplos de mediciones de nivel comunitario relacionadas con el consumo de tabaco. Estas mediciones se han categorizado según dos dimensiones: la categoría de la medición (individual-desagregada, individual-agregada y medioambiental) y el sesgo de indiscreción o reactividad probablemente asociado a la misma. Además, las mediciones ambientales se subdividen según el componente del entorno que se mide (p.ej., restaurante, centro de trabajo).

Los ejemplos del cuadro 3 pueden ayudar a aclarar la discusión antes planteada sobre terminología. La encuesta del periódico sobre actitudes podría, en principio, haberse desplazado a la categoría individual-desagre-

CUADRO 3. Ejemplos de medidas de nivel comunitario sobre las actitudes y conductas relacionadas con el hábito de fumar

Categoría de medición*	Indiscreta		Discreta
	Reactiva	No reactiva	
Individual-desagregada	Encuesta telefónica sobre estado con respecto al tabaco, actitudes con respecto al consumo de tabaco en lugares públicos	Cotinida, otras determinaciones bioquímicas del estado de fumador	Muestra de la basura familiar para contar las colillas de cigarrillos
Individual-agregada	Resultados publicados de una encuesta sobre las actitudes con respecto al consumo de tabaco en lugares públicos hecha por un periódico	Determinación de cotinida en las aulas	Ventas de cigarrillos; resultados de una votación sobre una ordenanza que prohíbe fumar
Ambientales, centros de trabajo	Entrevista con el director/a de la empresa sobre su opinión con respecto a las políticas que restringen el consumo de tabaco	Encuesta sobre las políticas de la empresa con respecto al tabaco	Prevalencia de las áreas designadas para no fumadores
Restaurantes y otros espacios de uso común	Reacción del personal a los clientes que fuman en áreas para no fumadores	Proporción de restaurantes con áreas para no fumadores	Prevalencia de ceniceros; visibilidad de las señales que prohíben fumar
Comunidad en conjunto	Entrevistas con informantes clave; actitudes de la comunidad	Entrevistas con informantes clave; historia legislativa de las ordenanzas	¿Existe una ordenanza contra el consumo de tabaco?

*Véase el texto para la discusión sobre las categorías de medición.

gada, si ese periódico hubiera recogido información demográfica acerca de los respondientes y hubiera puesto la información individual a disposición de los investigadores. Los indicadores de los centros de trabajo abarcan distintos aspectos de la política de la empresa con respecto al tabaco. Es muy probable que la entrevista con el presidente de la misma esté matizada por cierta preocupación por las relaciones públicas y, en consecuencia, sujeta a un considerable sesgo de reactividad. La empresa sabe que se está haciendo una encuesta sobre su política en relación con el tabaco, pero puesto que la evaluación puede centrarse asimismo en el estudio de las normas escritas, hay menos probabilidades de obtener respuestas falsas. La observación de la prevalencia de áreas para no fumadores podría hacerse discretamente, si se pudiera entrar en la empresa esgrimiendo motivos distintos a los de estudiar ese aspecto (p.ej., las observaciones podrían ser hechas por un trabajador).

Las ventajas de los indicadores ambientales ya han sido señaladas. Suelen ser discretos y, por tanto, no están sometidos a sesgos de respuesta. Al mismo tiempo, son mediciones de factores intermedios importantes para las intervenciones de promoción de la salud. Sus inconvenientes son los mismos que han retrasado el desarrollo de las medidas discretas en el campo de la psicología social: no se han hecho esfuerzos persistentes y verosímiles para evaluar y mejorar la validez y fiabilidad de las mediciones propuestas como candidatos *(78)*. No obstante, se ha comenzado a intentar superar esta falta de pruebas. Por ejemplo, se ha investigado la fiabilidad de un instrumento basado en los comercios de comestibles diseñado como indicador ambiental de los hábitos dietéticos como parte de la evaluación del Programa de Becas para Promoción de la Salud Comunitaria de la Kaiser Family Foundation *(11, 89)*. La validez de este instrumento ha sido validada también comparando los resultados de la encuesta con los de una encuesta telefónica hecha a sujetos de las mismas comunidades *(10)*. Solo mediante un proceso de acumulación de información sobre la validez, fiabilidad y reactividad al cambio podrá realizarse un ensayo justo de estas mediciones.

CONCLUSIONES

En la actualidad, el enfoque de la promoción de la salud basado en la comunidad parece atravesar una fase de expansión, promovido en parte por el éxito aparente de varios programas comunitarios a gran escala sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Se están desarrollando numerosos programas nuevos relacionados con múltiples procesos, la definición de "comunidad" se está ampliando para abarcar las unidades sociales más grandes y más pequeñas, y la gama de poblaciones objeto de las acciones está siendo expandida tanto demográfica como socioeconómicamente. Muchos de los programas comunitarios más recientes se están creando con menos recursos y con una mezcla de intervenciones que difiere de las de sus predecesores. Todos estos factores subrayan la importancia de hacer evaluaciones rigurosas para determinar dónde, cuándo, cómo y a quién se debe el éxito del enfoque basado en la comunidad. Esperamos que esta presentación contribuya a sensibilizar a los evaluadores con respecto a los peculiares desafíos a los que se enfrentan al intentar responder a todas estas preguntas, y despierte el interés de los especialistas en metodología por desarrollar herramientas de evaluación nuevas y mejores.

Agradecimiento. Este trabajo fue financiado por la subvención No. CA 34847 del Instituto Nacional del Cáncer, Estados Unidos de América.

REFERENCIAS

1. Altman, D.C. 1986. A framework for evaluating community-based heart disease prevention programs. *Soc. Sci. Med.* 22:479–87
2. Bandura, A. 1971. *Social Learning Theory.* Morristown, NJ: Gen. Learning
3. Bang, A. T., Bang, R. A., Tale, O., Sontakke, P., Solanki,

J., et al. 1990. Reduction in pneumonia mortality and total childhood mortality by means of community based intervention trial in Gadchiroli, India. *Lancet* 336:201–6
4. Bauman, K. E., Dent, C. W. 1982. Influence of an objective measure on self-reports of behavior. *J. Appl. Psychol.* 67:623–28
5. Bickman, L. 1987. The functions of program theory. *New Directions for program Evaluation* 33:5–18. San Francisco: Jossey-Bass
6. Bracht, N., ed. 1990. *Health Promotion at the Community Level.* Newbury Park, Calif: Sage
7. Bridge, G. R., Reeder, L. G., Kanouse, D., Kinder, D. R., Nagy, V. T., et al. 1977. Interviewing changes attitudes sometimes. *Public Opin. Q.* 41:56–64
8. Campbell, D. T., Stanley, J. C. 1963. *Experimental and Quasi-experimental Designs for Research.* Boston: Houghton Mifflin
9. Carley, M. 1981. *Social Measurement and Social Indicators: Issues of Policy and Theory.* London: George, Allen & Unwin
10. Cheadle, A., Psaty, B., Curry, S., Wagner, E., Diehr, P., et al. 1991. Community-level comparisons between the grocery store environment and individual dietary practices. *Prev. Med.* 20:250–61
11. Cheadle, A., Psaty, B., Curry, S., Wagner, E., Diehr, P. H., Koespell, T. D., et al. 1990. Evaluating community-based nutrition programs: assessing the reliability of a survey of grocery store product displays. *Am. J. Public Health* 80:709–11
12. Cheadle, A., Wagner, E. W., Koepsell, T. D., Kristal, A., Patrick, D. 1991. Environmental indicators: A tool for evaluating community-based health-promotion programs. *Am. J. Prev. Med.* In press
13. Chen, H. T., Rossi, P. H. 1983. Evaluating with sense: The theory-driven approach. *Eval. Rev.* 7:283–302
14. Chen, H. T., Rossi, P. H. 1980. The multi-goal, theory-driven approach to evaluation: a model linking basic and applied social science. *Soc. Forces* 59:106–22
15. Cook, N. R., Ware, J. H. 1983. Design and analysis methods for longitudinal research. *Annu. Rev. Public Health* 4:1–23
16. Cook, T.D., Campbell, D. T. 1979. *Quasi-experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings.* Boston: Houghton Mifflin
17. Cornfield, J. 1978. Randomization by group: a formal analysis. *Am. J. Epidemiol.* 108:100–2
18. Crowne, D. P., Marlowe, D. 1964. *The Approval Motive: Studies in Evaluative Dependence,* New York: Wiley
19. DeMaio, T. J. 1980. Refusals: who, where, why. *Public Opin. Q.* 44:223–33
20. Dixon, W. J., Brown, M. B., eds. 1990. *BMDP Statistical Software Manuals,* Vols. 1, 2 Berkeley: Univ. Calif. Press
21. Donald, A., Donner, A. 1987. Adjustments to the Mantel-Haenszel chi-square statistics and odds ratio variance estimator when the data are clustered. *Stat. Med.* 6:491–99
22. Donner, A. 1984. Approaches to sample size estimation in the design of clinical trials—a review. *Stat. Med.* 3:199–214
23. Donner, A., Birkett, N., Buck, C. 1981. Randomization by cluster. Sample size requirements and analysis. *Am J. Epidemiol.* 114:906–14
24. Donner, A., Donald, A. 1987. Analysis of data arising from a stratified design with the cluster as unit of randomization. *Sat. Med.* 6:43–52
25. Dunn, O. J., Clark, V. A. 1987. *Applied Statistics: Analysis of Variance and Regression.* New York: Wiley
26. Evans, R. L., Hansen, W. B., Mittlemark, M. B. 1977. Increasing the validity of self-reports of smoking behavior in children. *J. Appl. Psychol.* 62:521–23
27. Farquhar, J. W. 1978. The community-based model of life style intervention trials. *Am. J. Epidemiol.* 108:103–11
28. Farquhar, J. W., Fortmann, S. P., Flora, J. A., Taylor, c. B., Haskell, W. L., et al. 1990. Effects of community education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford five-city project. *J. Am. Med. Assoc.* 264:359–65
29. Farquhar, J. W., Fortmann, S. P., Maccoby, N., Haskell, W. L., Williams, P. T., et al. 1985. The Stanford five-city project: design and methods., *Am. J. Epidemiol.* 122:323–34
30. Farquhar, J. W., wood, P. D., Breitrose, H., Haskell, W. L., Meyer, A. J., et al. 1977. Community education for cardiovascular health. *Lancet* 1:1192–95
31. Fitzgerald, R., Fuller, L. 1982. I hear you knocking but you can't come in. The effects of reluctant respondents and refusers on sample survey estimates. *Soc. Method Res.* 11:3–32
32. Fitzsimmons, S. J., Lavey, W. G. 1975. social economic accounts system (SEAS) toward comprehensive community-level assessment procedure. *Soc. Indic. Res.* 2:389–452
33. Fortmann, S. P., Haskell, W. L., Williams, P. T., Varady, A. N., Hulley, S. b., et al. 1986. Community surveillance of cardiovascular diseases in the Stanford five city project. *Am. J. Epidemiol.* 123:656–69
34. Freedman, L. S., Green, S. B., Byar, C. P. 1990. Assessing the gain in efficiency due to matching in a community intervention study. *Stat. Med.* 9:943–52
35. Gillum, R. F., Williams, P. T., Sondik, E. 1980. Some considerations for the planning of total-community prevention trials—when is sample size adequate? *J. Community Health* 5:270–78
36. Glass, G. V., Willson, V.L., Gottman, J. M. 1975. *Design and Analysis of Time-series Experiments.* Boulder: Colorado Assoc. Univ. Press
37. Gordis, L. 1976. Methodologic issues in the measurement of patient compliance. In *Compliance with Therapeutic Regimens,* ed. D. Sachett, R. Haybnes, pp. 51–68. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press.

38. Green, L. W., Lewis, F. M. 1986. *Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion.* Palo Alto, Calif: Mayfield
38. Green, L. W., McAlister, A. L. 1984. Macro-intervention to support health behavior: some theoretical perspectives and practical reflections. *Health Educ. Q.* 11:323–39
40. Green, L. W., Raeburn, J. M. 1988. Health promotion. What is it? What will it become? *Health Promot.* 3:151–59
41. Hansen, W. B., Collins, L. M., Malotte, C. K., Johnson, C. A., Fielding, J. E.1985. Attrition in prevention research. *J. Behav. Med.* 8:261–75
42. Hawkins, D.F., 1975. Estimation of nonresponse bias. *Soc. Method Res.* 3:461–83
43. Hsieh, F. Y. 1988. Sample size formulae for intervention studies with the cluster as unit of randomization. *Stat., Med.* 8:1195–1201
44. Jacobs, D. R., Luepker, R. V., Mittelmark, M. B., Folsom, A. R., Pirie, P. L., et al. 1986. Community-wide prevention strategies: evaluation design of the Minnesota Heart Health Program. *J. Chronic Dis.* 39:775–88
45. Jooste, P. L., Yach, D., Steenkamp, H. J., Botha, J. L., Rossouw, J. E. 1990. Drop-out and newcomer bias in a community cardiovascular follow-up study. *Int. J. Epidemiol.* 19:284–89
46. Josephson, E., Rosen, M. A. 1978. Panel loss in a high school drug study. In *Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues,* ed. D. Kandel. Washington, DC: Hemisphere
47. Judd, C. M., Kenny, D. A. 1981. Process analysis: Estimating mediation in treatment evaluation. *Eval. Rev.* 5:602–19
48. Koepsell, T. D., Martin, D. C., Diehr, P. H., Psaty, B. M., Wagner, E. W., et al. 1991. Data analysis and sample size issues in evaluations of community-based health promotion and disease prevention programs: a mixed-model approach. *J. Clin. Epidemiol.* 44:701–14
49. Kraut, R. E., McConahay, J. B. 1973. How being interviewed affects voting: an experiment. *Public Opin. Q.* 37:398–407
50. Kristal, A. R., Abrams, B. F., Thornquist, M. D., Disogra, L., Croyle, R. T., et al. 1990. Development and validation of a food use checklist for evaluation of community nutrition interventions. *Am. J. Public Health* 80:1318–22
51. Lachin, J. M. 1988. Statistical properties of randomization in clinical trials. *Control. Clin. Trials* 9:289–311
52. Land, K. C. 1975. *Social Indicator Models.* New York: Sage
53. LaPorte, D. J., McLellan, A. T., Erdlen, F. R., Parente, R. J. 1981. Treatment outcome as a function of follow-up difficulty in substance abusers. *J. Consult. Clin. Psychol.* 49:112–19
54. Lee, C., Owen, N. 1986. Community exercise programs: follow-up, difficulty and outcome. *J. Behav. Med.* 9:111–17
55. Lee-Han, H., Mcguire, V., Boyd, N. F. 1989. A review of methods used by studies of dietary measurement. *J. Clin. Epidemiol.* 42:269–79
56. Lefebvre, R., Lasater, T., Carleton, R., Peterson, G. 1987. Theory and delivery of health programming in the community: The Pawtucket Heart Health Program. *Prev. Med.* 16:80–95
57. Lipsey, M. W. 1990. Theory as method: small theories of treatment. *AHCPR Conference Proceedings, Research Methodology: Strengthening Causal Interpretations of Nonexperimental Data,* ed. L. Sechrest, E. Perrin, J. Bunker, pp. 33–51. DHHS Publ. No. (PHS) 90–3454
58. Martin, D. C. Diehr, P. H., Koepsell, T. D., Wagner, E. W., Cheadle, A., et al. 1990. *A Comparison of Bias and Precision in Cohort and Cross-sectional Designs in Community Intervention Studies.* Presented at Symp. Stat. Methods Eval. Interv. Prev. Stateg., Atlanta
59. Martin, D. C., Diehr, P. H., Perrin, E. B., Koepsell, T. D. 1990. *The Effect of Matching on the Power of Randomized community Intervention Studies.* Presented at Symp. Stat. Methods Eval. Interv. Prev. Strateg., Atlanta
60. McLaughlin, J. K., Mandel, J. S., Mehl, E. S., Blot, W. J. 1990. Comparison of next-of-kin with self-respondents regarding questions on cigarette, coffee, and alcohol consumption. *Epidemiology* 1:408–12
61. Mickey, R. M., Goodwin, G. D., Costanza, M. C. 1991. Estimation of the design effect in community intervention studies. *Stat. Med.* 10:53–64
62. Murray, M., Swan, A. V., Kiryluk, S., Clarke, G. C. 1988. The Hawthorne effect in the measurement of adolescent smoking. *J. Epidemiol. Community Health* 42:304–6
63. Neaton, J. D., Broste, S., Cohen, L., Fishman, E. L., Kjelsberg, M. O., et al. 1981. The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) VII. a comparison of risk factor changes between the two study groups. *Prev. Med.* 10:519–43
64. New house, J. P., Manning, W. G., Morris, C. N., Orr, L. L., Duan, N., et al. 1981. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N. Engl. J. Med.* 305:1501–7
65. Noreen, E. 1989. *Computer-intensive Methods for Testing Hypothesis: An Introduction.* New York: Wiley
66. Patrick, D. L., Thompson, D., Cheadle, A., Koepsell, T. D., Kinne, S. 1990. *Validity of Self-reported Smoking: Metaanalysis and Review.* Presented at Int. Conf. Meas. Errors Surv., Tucson
67. Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Mackinnon, D. P., Flay, B. R.,Hansen, W. B., et al. 1989. A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse. Effect on drug use prevalence. *J. Am. Med. Assoc.* 261:3259–66
68. Pettiti, D. B., Friedman, G. D., Kahn, W. 1981. Accuracy of information on smoking habits provided on self-administered research questionnaires. *Am. J. Public Health* 71:308–11
69. Pirie, P. L., Murray, D. M., Luepker, R. V. 1988.

Smoking prevalence in a cohort of adolescents, including absentees, dropouts, and transfers. *Am. J. Public Health* 78:176–78
70. Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J. 1986. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. Véase la pág. 99 de este libro.
71. Puska, P., Salonen, J. T., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Vartiainen, E., et al. 1983. Change in risk factors for coronary heart disease during 10 years of community intervention programme (North Karelia project). *Br. Med. J.* 287:1840–44
72. Rossi, R. J., Gilmartin, K. J. 1980. *The Handbook of Social Indicators: Sources, Characteristics and Analysis.* New York: Garland STPM
73. Saloneon, J. T., Kottke, T. W., Jacobs, D. R., Hannan, P. J. 1986. Analysis of community-based cardiovascular disease prevention studies—evaluation issues in the North Karelia Project and the Minnesota Heart Health Program. *Int. J. Epidemiol.* 15:176–82
74. Salvini, S., Hunter, D. J., Sampson, L., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., et al. 1989. Food-based validation of dietary questionnaires: the effects of week-to-week variation in food consumption. *Int. J. Epidemiol.* 18:858–67
75. Scheirer, M. A. 1987. Program theory and implementation theory: implications for evaluators. *New Directions for Programs Evaluation* 33:59–76. San Francisco: Jossey-Bass
76. Schlesselman, J. J. 1973. Planning a longitudinal study. I. Sample size determination. *J. Chronic Dis.* 26:553–60
77. Searle, S. R. 1987. *Linear Models for Unbalanced Data.* New York: Wiley
78. Sechrest, L., Belew, J. 1983. Nonreactive measures of social attitudes. In *Applied Social Psychology Annual,* ed. L. Bickman, 4:23–63. Beverly Hills, Calif: Sage
79. Shea, S., Basch, C. E. 1990. A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs. Part I: rationale, design, and theoretical framework. *Am. J. Health Promotion* 4:203–13
80. Shea, S., Basch, C. E. 1990. A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs. Part II: Intervention strategies, evaluation methods, and results. *Am. J. Health Promotion* 4:279–87
81. Shipley, M. J., Smith, P. G., Dramaix, M. 1989. Calculation of power for matched pair studies when randomization is by group. *Int. J. Epidemiol.* 18:457–61
82. Smith, A. F., Jobe, J. B., Mingay, D. J. 1991. Question-induced cognitive biases in reports of dietary intake. *Health Psychol.* In press
83. Smith, A. F., Jobe, J. B., Mingay, D. J. 1991. Retrieval from memory of dietary information. *Appl. Cogn. Psychol.* 5:1–27
84. Sorenson, A. W. 1982. Assessment of nutrition in epidemiologic studies. In *Cancer Epidemiology and Prevention,* ed. D. Schottenfeld, J. F. Fraumeni, pp. 434–74. Philadelphia: Saunders
85. Strecher, V. J., Becker, M. H., Clark, N. M., Prasada-Rao, P. 1989. Using patients' descriptions of alcohol consumption, diet, medication, compliance, and cigarette smoking: the validity of self-reports in research and practice. *J. Gen. Int. Med.* 4:160–6
86. Thornquist, M., Anderson, G. L. 1990. *Analysis of the Belt and Suspenders Design in Community Analysis.* Presented at Joint Meeting of Am. Stat. Assoc. and Biom. Soc., Anaheim
87. US Dep. Health Human Serv. 1990. *The Health Benefits of Smoking Cessation.* Public Health Service: Cent. Dis Control, DHHS Publ. No. (CDC) 90–8416
88. Vernon, S. W., Roberts, R. E., Lee, E. S. 1984. Ethnic status and participation in longitudinal health surveys. *Am. J. Epidemiol.* 119:99–113
89. Wagner, E. H., Koepsell, T., Anderman, D., Cheadle, A., Curry, S., et al. 1991. The evaluation of the Kaiser Family Foundations Health Promotion Grants Program: overall design. *J. Clin. Epidemiol.* 44:685–700
90. Webb, E. J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D., Sechrest, L. 1966. *Unobtrusive Measures: Non-reactive Research in the Social Sciences.* Chicago: Rand McNally
91. Whiting-O'Keefe, Q., Simborg, D. 1984. Choosing the correct unit of analysis in medical care experiments. *Med. Care* 22:1101–14
92. Worden, J. K., Flynn, B. S., Solomon, L. J., Costanza, M. C., Foster, R. S. Jr., et al. 1987. A community-wide breast self-exam education program. In *Advances in Cancer Control: The War on Cancer—15 Years of Progress,* pp. 26–37. New York: Liss
93. Worsley, A., Baghurst, K. I., Leitch, D. R. 1984. Social desirability and dietary inventory responses. *Human Nutr: Appl. Nutr.* 38A:29–35
94. Yeaton, W. H. 1990. See Ref. 57, pp. 85–99
95. Zeger, S. L., Liang, K. Y., Self, S. G. 1985. The analysis of binary longitudinal data with time-independent covariates. *Biometrika* 72:31–38

CUARTA SECCIÓN

DESARROLLO DE HABILIDADES EN RELACIÓN CON LA SALUD PERSONAL

EL AUTOCUIDADO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ilona Kickbusch[1]

EL CONTEXTO DEL DESCUBRIMIENTO

En su período de crecimiento y desarrollo a lo largo de las décadas de 1950 y 1960, la sociología de la medicina y la sociología en la medicina se centraron en los aspectos relacionados con el sistema de salud profesional estructurado: la organización de la enfermedad y de su tratamiento, con las correspondientes interacciones entre profesional y paciente. Esta actitud reflejaba la rápida expansión del sistema médico en la sociedad. En una parte importante de esta investigación, los lazos que la unían a la teoría sociológica general y a la conceptualización quedaron enmascarados por la fascinación del marco de referencia de la medicina y el poder del modelo médico. La autoridad de los médicos no solía ponerse en duda y el comportamiento del paciente se resumía aludiendo a su "observancia" *(1)*. Mientras tanto, las relaciones de poder inherentes a la relación médico-paciente estaban comenzando a ser cuestionadas por la sociedad. La "medicalización" comenzó a ser un concepto popular, el cual recibió su expresión general en el trabajo de Ivan Illich *(2)* y al que los detallados estudios de Michel Foucault *(3)* proporcionaron sus bases históricas. Esta tendencia se reforzó a finales del decenio de 1970, a medida que una investigación cada vez más profunda de la sociología de la medicina dio lugar a una crítica radical del sistema médico con un foco político y económico *(4)*. Los argumentos fueron adoptados fácil y rápidamente por los movimientos sociales preocupados por los temas de salud y enfermedad. Así, para las feministas, la medicalización del nacimiento y la reproducción humanos pasaron a ser un aspecto clave y, en sus términos, el autocuidado expresaba el deseo de autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina. "Nuestros cuerpos, nosotras" fue el primero de una amplia gama de textos que enseñaban a las mujeres las técnicas del autocuidado *(5)*.

Durante los años setenta, el autocuidado comenzó a ser conocido por un público más numeroso (particularmente en los Estados Unidos de América), gracias a los movimientos que defendían el bienestar y la autoayuda. Durante muchos años, se publicó una revista importante relacionada con las conductas de promoción de la salud y la salud positiva, bajo el nombre de "autocuidado médico". En ella se subrayaba la importancia de que los lectores fueran actores de su propia salud, de que de-

Fuente: *Social Science and Medicine* 1989;29(2):125–130. Se publica con permiso de Elsevier Science Limited., Pergamon Imprint, Oxford, Inglaterra.

[1]Programa de Educación para la Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, Dinamarca.

bían ganar confianza en tanto que usuarios de la atención de salud y que en el camino a la salud y en el marco del tratamiento médico existían muchas opciones. El movimiento de autoayuda, con sus muchas facetas, se difundió con tanta rapidez que algunos autores han llamado a esos años "la década de la autoayuda" *(6)*. Los grupos de autoayuda demostraron que el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes puede abordarse a través del aprendizaje y del apoyo mutuo y no solo mediante los protocolos médicos, y que muchos que no lo hubieran creído posible son capaces de alcanzar niveles de vida independiente y autoestima *(7, 8)*. Los grupos de autoayuda tuvieron éxito en el tratamiento de los problemas de adicción, como el alcohol. Trabajando a la vez como grupos de apoyo y como grupos de presión, sacaron a la luz lo que las personas pueden hacer las unas por las otras y qué hacer para que sus problemas llamen la atención del público. Este éxito de los grupos de autoayuda pavimentó el camino para una visión más positiva de las actividades de las personas en beneficio de su propia salud e influyó en las consideraciones sobre el autocuidado *(9)*.

Dado su punto de partida, el descubrimiento del autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad marginal en los límites del mundo académico. En muchos casos, se consideró políticamente sospechoso, puesto que el hecho de que las personas pudieran hacer e hicieran cosas en su propio beneficio podía traer como consecuencia un recorte de los servicios destinados a los más necesitados y podía implicar una actitud de "culpa a la víctima", concepto que, dicho sea de paso, procedía de la investigación sobre la pobreza. En Europa occidental y del norte, el concepto fue considerado a menudo como una idea conservadora que podría reforzar los argumentos de los que pretendían desmantelar el estado de beneficencia. Al mismo tiempo, el autocuidado y la autoayuda suponían un desafío para la dominación médica. A mediados de los años setenta, surgió un vivo debate acerca de las diferencias entre autocuidado y autoayuda en el que la segunda se consideraba, en general, como "más política" que el primero. La autoayuda estaba resultando cada vez más atractiva para la sociología política y la sociología de los movimientos sociales, planteando la duda de si debía ser considerada un movimiento social en sí misma o, quizás, incluso un nuevo tipo de movimiento social. Se plantearon preguntas acerca de la importancia política de este renacer de las acciones de la gente a favor de su propia salud, de su negativa a someterse a la autoridad médica, de sus formas de organización mutua destinadas a evitar la jerarquía *(10)*. También se planteó el problema epistemológico de si un desafío semejante al conocimiento, la competencia y la autoridad profesionales no debería ser tema de una investigación académica seria. El desafío no afectaba solo a la medicina, sino a la ciencia social en su conjunto. Recordemos que uno de los libros básicos de los años setenta fue la obra de Thomas Kuhn sobre los desplazamientos de los paradigmas en la propia ciencia *(11)*. ¿Estábamos siendo testigos de un desplazamiento del paradigma desde la medicina a la salud, desde la curación a la prevención, desde la atención médica al autocuidado y la autoayuda? ¿Era un fenómeno mucho más amplio, en términos de cambio social global, de lo que podíamos ver desde tan cerca? ¿Podía la visión "profana" del mundo proporcionar conocimientos aún no evidentes para la ciencia? Todos estos aspectos se reflejaban en las discusiones sobre la salud de la mujer y el movimiento de autoayuda *(12)*. Así pues, la investigación sobre autocuidado fue, desde su mismo nacimiento, parte de un importante debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales.

EL AUTOCUIDADO COMO PARTE DE UN CONCEPTO SOBRE EL ESTILO DE VIDA: LA OMS COMO CATALIZADORA

Dado este contexto, la introducción a principios de los años ochenta de un nuevo programa sobre "Atención de salud comunitaria y alter-

nativa por personal no profesional" como parte de un intento global por desarrollar un enfoque de los estilos de vida y la salud produjo una auténtica tormenta en los comités de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa. La primera reunión organizada por este programa fue un taller sobre "Autoayuda y Salud", que por primera vez en la Oficina Regional de la OMS para Europa reunió a representantes de los grupos de autoayuda a fin de debatir el tema junto con profesionales e investigadores del campo de la salud. Para contribuir a esta tarea, en 1982 se creó el centro de información de la OMS sobre autoayuda, con la intención de formar una red de iniciativas en toda Europa. Este primer taller fue seguido por varios otros, y en 1983 se publicó un resumen sobre la autoayuda en Europa, proponiendo una terminología relacionada con el sistema de atención sanitaria por personal no profesional. Este intento utilizaba el término "atención no profesional" como categoría principal y lo relacionaba en subcategorías tales como: autocuidado, cuidado voluntario, autoayuda (con otro conjunto de subcategorías) y servicios alternativos. El autocuidado se definió como sigue:

> El autocuidado se refiere a las actividades de salud no organizadas y a las decisiones sobre la salud tomadas por individuos, familias, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un "entorno natural", es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud *(8)*.

Resulta evidente que este intento de definición se hallaba todavía muy influido por las dicotomías entre la autoayuda y el autocuidado y entre el sistema lego y el sistema médico. Sin embargo, también recibía influencias del enfoque conceptual de los estilos de vida y la salud que la Oficina Regional había adoptado en el intervalo. El argumento principal sobre el que se basaba la terminología suponía que el punto de partida del análisis del autocuidado es el *sistema social*, con sus estructuras permisivas y restrictivas (es decir, el marco de la vida cotidiana del individuo), en el que las personas son consideradas *agentes activos*. Las actitudes y las conductas relacionadas con la salud se entienden como parte integral del estilo de vida global de la sociedad, el grupo social o el individuo. Este concepto ha sido ampliado posteriormente en los textos sobre "Estilos de vida y salud" producidos por la OMS, cuyo marco de referencia se publicó en *Social Science and Medicine* en 1984 *(13)*. Citaré un pasaje esencial de este texto, que fue presentado a las Discusiones Técnicas del Comité Regional de la OMS en 1983:

> A los fines del análisis, el estilo de vida debe definirse en relación con las experiencias colectivas e individuales y con las circunstancias vitales. La gama de opciones de que dispone el individuo se halla confinada al área en que los dos grupos se superponen.

Este punto de partida nos permite comprender la salud como un "proyecto social", y con este enfoque, considerar la autoayuda y el autocuidado como fenómenos sociales. También nos permite establecer un nexo de unión entre el debate sobre los estilos de vida y el debate más general sobre los requisitos indispensables para la salud. Así lo expresó muy claramente Nancy Milio en un trabajo básico sobre los nuevos tipos de políticas sanitarias:

> Los estilos de vida son patrones de elecciones (de conducta) hechas a partir de las alternativas de que disponen las personas, según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con que pueden elegir unas y desdeñar otras *(14)*.

El enfoque elegido por la OMS para su trabajo sobre "Estilos de vida que conducen hacia la salud" (título de un apartado clave del documento político principal "Metas de la Salud para Todos" de la Oficina Regional *(15)* difería radicalmente del desarrollado a principios de los años setenta sobre la epidemiología de la conducta. Durante los años setenta, la epidemiología desplazó la esfera de la acción en

salud desde la higiene (p.ej., alcantarillado) a la conducta individual (p.ej., hábito de fumar) y a proyectos de intervención a gran escala *(16)*. En este contexto, el concepto de autocuidado era "la adopción de estilos de vida saludables", lo que implica que el individuo contribuye a su propia salud evitando los factores de riesgo, adoptando comportamientos de salud más positivos y vigilándose a sí mismo. Así pues, el enfoque se centra en la modificación de la conducta por motivos de salud, más que en permitir patrones de vida más sanos por motivos de bienestar. Esta diferencia es fundamental, como han destacado recientemente Coreil et al., que nos recuerdan los orígenes del concepto de estilo de vida *(17)*. Este trabajo destaca, por conceptos epidemiológicos de la investigación sobre el estilo de vida, lo que puede afirmarse para los conceptos funcionalistas de la investigación en autocuidado: la ausencia de nexos con la teoría sociológica global conduce a una utilización excesivamente simplificada y no ponderada de un concepto sociológico y ello puede, a largo plazo, hacer que el término llegue a significar justamente lo contrario de lo que significaba en principio... como ha sucedido con el estilo de vida. Citando a Coreil et al.:

> El fracaso de los programas de promoción de la salud en el tratamiento del contexto sociocultural del comportamiento constituye una de las grandes debilidades del enfoque de la modificación del estilo de vida. Lo que parece particularmente paradójico es que el *slogan* de esta perspectiva atomista ("estilo de vida") surgió de una tradición académica en la que primaba el contexto y el significado. Las actuales discusiones sobre estilos de vida y salud ignoran en gran medida las influencias generales y se centran, de forma casi exclusiva, en la responsabilidad individual.

El enfoque sobre estilos de vida respaldado por la OMS nos permite considerar el autocuidado como cosas que la gente hace en un determinado contexto. Forma parte del patrón de comportamientos que las personas establecen, se hace más fácil o más difícil en función de las circunstancias culturales y estructurales y depende de la cultura global sobre salud y enfermedad y sobre el papel de la medicina en un grupo y sociedad dados.

Hoy día, estudiar el autocuidado sigue siendo, por tanto, una tarea controvertida, aunque el conflicto tenga a primera vista menos matices políticos. En mi opinión, el planteamiento funcionalista y medicalizado central ha impedido comprender el autocuidado como comportamiento social activo y situarlo firmemente en el seno de una nueva perspectiva de salud pública.

EL AUTOCUIDADO COMO COMPORTAMIENTO SOCIAL

Si aceptamos que el autocuidado es básicamente el conjunto de medidas que toman las personas para mejorar su propia salud y bienestar en el seno de sus actividades cotidianas, en el que la salud rara vez es el marco de referencia más importante, aceptaremos también que estas medidas deben estar relacionadas con los "procesos de estructuración" a los que están sometidas. Anthony Giddens enumera tres procesos básicos: significados, normas y poder *(18)*. Ello supone que cuando estudiamos las acciones humanas, debemos relacionar dichas acciones con los significados que tienen para las personas, con las normas que las rigen y con el poder de decisión de que se dispone. Analicemos, por ejemplo, un día en la vida de una mujer de clase media y de 35 años de edad y veamos algunos de sus comportamientos relacionados con la salud en su vida cotidiana:

a) toma un desayuno rico en fibra;
b) recuerda a los niños que tienen que lavarse los dientes y tomar el desayuno;
c) no va al trabajo en coche, sino andando;
d) procura no sentarse delante de la computadora durante demasiado tiempo;
e) habla del control de la natalidad con su médico;
f) lee otra vez ese artículo sobre citología vaginal;

g) pide a sus compañeros que fumen menos en la oficina que comparten;
h) comprueba que los niños se han puesto el cinturón de seguridad cuando los lleva a clase de música;
i) hace "jogging";
j) llama a una compañera que está enferma;
k) aconseja a su madre sobre el tratamiento de la artritis que debe seguir;
l) como su marido está cansado, le da un masaje en la espalda y le aconseja que beba menos;
m) prefiere no tomar una pastilla para dormir aunque ha llegado a buscar el frasco.

Algunos de estos comportamientos se han convertido en un hábito (a, b, c); otros suponen conflicto y capacidad de negociación (e, g;); los efectos de otros sobre la salud apenas dependen del individuo, como el nivel de plomo en la atmósfera (c, i) o la fecha tope que ha marcado el jefe (d); otros aún, implican autoridad sobre terceros (b, h); otros, negociación con la "autoridad" y los profesionales (e, k); unos suponen autocontrol (i, m), otros necesitan empatía (j, k, l), y otros más exigen disponer de tiempo (f, i, j, l).

El hecho de que pudiera haber elegido el ejemplo, mucho más complejo, de una madre joven, soltera y desempleada de Glasgow o de un drogadicto negro de Nueva York seropositivo al VIH plantea un aspecto más de la investigación sobre el autocuidado al que debe prestarse gran atención: su sesgo de clase media, su falta de interés por la estratificación social, por la estratificación sexual y por las desigualdades en el campo de la salud. Sin embargo, el ejemplo anterior, precisamente por su sencillez y su sesgo, demuestra mi argumento: es casi imposible llegar a establecer una distinción clara entre comportamientos de autocuidado y de cuidado de terceros, entre comportamientos preventivos y comportamientos de promoción de la salud, entre autotratamiento y medicación, entre afrontamiento y provisión de apoyo social. ¿Cómo podemos, entonces, "entender" (*verstehen* como método para entender la conducta humana, según fue desarrollado por Dilthey) los patrones de comportamiento de la vida diaria que ayudan a la gente a mantenerse sana o a afrontar determinados procesos y de qué forma se relacionan estos patrones con el contexto vital y las posibilidades de los distintos individuos? Por ejemplo, ciertas prácticas de autocuidado ¿reducen o amplían las desigualdades con respecto a la salud? ¿Cuáles son las configuraciones que *permiten* a las personas realizar actividades que promueven o mejoran su propia salud y la de los demás? ¿A partir de qué constelaciones de comportamientos podremos "predecir" más (o menos) salud y bienestar para determinados subgrupos sociales?

La investigación sobre autocuidado en el contexto de un marco conceptual de estilos de vida y salud resulta una tarea compleja *(19)*. No obstante, las perspectivas no son tan malas como podrían parecer si utilizamos el trabajo teórico y metodológico usado en otras ramas de la sociología u otras disciplinas. Por ejemplo:

- el trabajo hecho en la sociología de la vida diaria podría proporcionarnos enfoques conceptuales sobre la forma en que las personas entienden y estructuran sus acciones de todos los días *(20)*;
- distintas sociologías interpretativas, incluyendo la "etnometodología", podrían proporcionarnos una comprensión más profunda del "significado" de las acciones y comportamientos *(21)*;
- distintas escuelas de antropología podrían contribuir de forma especial a la comprensión de los patrones *(22)*;
- los estudios sobre la mujer y las investigaciones feministas podrían contribuir a modelar los conceptos de cuerpo y de nexo entre prácticas de autocuidado y autonomía *(23)*;
- la teoría básica podría incrementar la sensibilidad teórica y reforzar la parte exploradora de la investigación *(24)*.

Ello supondría también abandonar el marco funcionalista y adoptar un marco de referencia que acepte "algunas reglas nuevas del método sociológico", como las propuestas por Giddens *(18)*. De las nueve reglas desarrolladas por este autor, me gustaría destacar sobre todo tres, por su importancia para la investigación sobre el autocuidado:

- la producción de la sociedad es una realización cualificada que los seres humanos mantienen y hacen que suceda (ello podría hacer que la investigación sobre autocuidado se centrase en la acción y no en el comportamiento);
- el ámbito de la agencia humana está limitado por estructuras que no solo son restrictivas, sino que también pueden ser permisivas (ello podría hacer que la investigación sobre autocuidado indagara acerca de la composición de las estructuras "de autocuidado" a través de la acción y acerca de la forma en que la acción de autocuidado está constituida estructuralmente);
- los conceptos sociológicos obedecen a una doble hermenéutica: el marco del significado establecido por el esquema teórico generalizado de las ciencias sociales (como señalaba Kuhn) y el marco del significado que le otorgan los propios actores sociales. La tarea fundamental del análisis sociológico consiste en relacionar el marco profano de significado con la construcción teórica que se ha seleccionado (ello podría hacer que la investigación en autocuidado desarrollara una base de trabajo teórica).

Por tanto, mi primer planteamiento es que la investigación en autocuidado debe ser considerada parte integrante de la investigación sobre estilos de vida basada en el contexto y en el significado y no en la responsabilidad individual. Este es un aspecto esencial, relacionado con las consecuencias políticas de la investigación en autocuidado, de las que trataré en la última sección de este artículo.

AUTOCUIDADO: UN ENFOQUE ECOLÓGICO

Lo anteriormente expuesto resulta útil si deseamos mantenernos dentro del marco de la sociología o de disciplinas académicas específicas. Sin embargo, en los planteamientos de Giddens y Coreil subyace un paso hacia un tipo de pensamiento sistémico todavía no categorizado en una disciplina académica, y todavía no reconocido por muchos científicos sociales. Podría ser incluso más fructífero seguir el camino indicado por estos indicios y elegir otro marco de referencia. El trabajo de la OMS sobre estilos de vida citado más arriba *(13)* termina con el desafío siguiente:

> Se necesita una perspectiva nueva sobre estilos de vida y promoción de la salud, una perspectiva que los sitúe con firmeza en el contexto de las tendencias sociales más amplias y los defina como de origen y desarrollo inherentemente sociales. De este modo se obtendría un modelo ecológico de salud, no un modelo meramente médico, conductista, sociológico, medioambiental o político.

Gregory Bateson proporciona el marco de referencia para esa perspectiva en su trabajo sobre "ecología de la mente" *(25, 26)*. Su punto de partida es "la historia", y puesto que sus historias son brillantes, repetiré una de ellas:

> Una madre suele recompensar a su hijito con un helado cuando este se come todas las espinacas. ¿Qué información adicional necesitaría usted para poder predecir si el niño: a) llegará a amar o a odiar las espinacas; b) amará u odiará el helado, o c) amará u odiará a su madre?

Aquí lo importante no son ni el contexto de la historia ni el enfoque pedagógico de la madre, sino el enfoque de la tarea científica. Bateson ofrece dos categorías esenciales como respuesta a su pregunta: contexto y significado. Los dos fenómenos definen para él "una división entre las 'ciencias duras' y la clase de

ciencia que yo intentaba construir". La idea de la ciencia de Bateson se refiere a la demostración de las hipótesis derivadas de lo que llama "fundamentos" de la ciencia y la filosofía. Cualquier aspecto particular de la indagación debería poder conectarse con esos fundamentos y, como objetivo final, incrementar el conocimiento fundamental. De aquí surge un concepto teórico clave para la discusión sobre la salud, que a su vez influye en la investigación sobre las acciones relacionadas con la salud, tales como el autocuidado. Si se piensa en la salud según las líneas del concepto de hombre-máquina de las ciencias del siglo XIX, que trabaja con las cadenas de la causa y el efecto en relación con las fuerzas y el impacto, podrá considerarse adecuado el enfoque sociológico basado en el funcionalismo para investigar sobre los comportamientos y la salud. Si por el contrario se emplea el concepto de salud como proceso, es decir, como sistema vivo, la forma pasará a ser esencial. Dicho en términos más ecológicos: si la producción/reproducción de la sociedad es una realización cualificada que los seres humanos mantienen y "hacen que suceda", la forma que crea la salud pasará a ser un tema esencial de estudio. En otro artículo propuse empezar a definir la salud como un metapatrón, un patrón que conecta y pretende analizar las partes y procesos interactivos en términos de contexto y significado *(27)*. Si se hace así, comenzarán a surgir relaciones como partes del patrón y no como correlaciones causa-efecto. En otras palabras: si el estilo de vida se interpreta como modificación del comportamiento, resultará fácil equiparar o subsumir el autocuidado como parte de este concepto estrecho. Sin embargo, si se sigue la definición de promoción de la OMS, que es contextual, el autocuidado será una parte integral de un concepto más amplio. Y puesto que, según Bateson, el concepto define la pertinencia, el autocuidado podría llegar a ocupar una posición importante en un nuevo enfoque de la salud pública.

AUTOCUIDADO EN UN CONTEXTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El argumento se entiende mejor si estudiamos con detalle la definición de promoción de la salud que ha propuesto la Organización Mundial de la Salud.

> La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

La idea de salud y de acción de salud presentada en esta cita pretende moverse en la dirección de patrón, contexto y significado: la gente necesita vivir su vida cotidiana, sus acciones tienen reglas y significados en el contexto de esa vida cotidiana, sus acciones guardan relación con sus sueños y con la realidad, algunas forman parte de la rutina, otras se desvían, algunas son impuestas, etc. La cuestión es: cómo hacer que la salud sea accesible de una forma que suponga no solo salud como resultado, sino como aumento del control sobre la propia vida *(29)*. Esta conceptualización podría proporcionar un camino para la investigación sobre el autocuidado, el cual debería entenderse como una parte integral de la promoción de la salud y abarcar todas las acciones que el individuo lleva a cabo para cuidar de sí mismo y de su entorno inmediato. A continuación estas acciones deberían ser analizadas según las líneas propuestas por Giddens como "procesos de estructuración" (significados, normas y poder) como se señalaba más arriba. Si como mujer me abstengo de acudir a que me hagan periódicamente una citología vaginal, ello se debe a que:

carezco de la información necesaria;
no comprendo la información;
no creo la información;
he recibido informaciones contradictorias y he decidido no molestarme;

mi cultura no me permite acudir al ginecólogo;
tengo tanto miedo del cáncer que no quiero saber nada acerca del tema;
no me han enseñado a que tome en serio mi propia salud;
rechazo o ignoro mi propio cuerpo y temo pensar en mis órganos genitales;
o varias de estas razones agrupadas para proporcionar un patrón, etc.

Inherente a este ejemplo se halla, por supuesto, el debate acerca de la necesidad y frecuencia de los procedimientos de detección sistemática en general y de la citología vaginal en particular, al que no puedo referirme aquí. Sin embargo, se refiere al aspecto de la observancia, aspecto en el que la investigación en autocuidado tiende a adoptar la postura más popular del momento como la postura que todos deberían aceptar y hacer suya. A partir de lo que conozco sobre la investigación en autocuidado, no puedo decir si acciones tales como ponerse el cinturón de seguridad y respetar el límite de velocidad son medidas de autocuidado o comportamientos de ciudadano consciente que no quiere que le pongan una multa ¿Debería importarnos, siempre que la gente lo haga? ¿Qué marca la diferencia: el significado o la motivación asociada a la acción, el contexto, el patrón? ¿Acaso la cantidad de poder y control que tengo sobre la acción? ¿Importa si tomo la medida por motivos de salud, por temor a una multa, o porque siempre cumplo las normas? ¿Comprar preservativos es autocuidado? ¿Hay alguna diferencia entre hacerlo por temor al sida o porque no se desean más hijos? ¿Supone la facilidad de acceso alguna diferencia? O acaso el autocuidado se refiere solo a aquellas acciones que son el sujeto habitual de la epidemiología del comportamiento y que tienen consecuencias más o menos mensurables en términos de número de cigarrillos fumados, vasos de alcohol bebidos, médicos visitados, consejos no profesionales legos seguidos, horas dormidas, presión arterial controlada, etc.

En su enfoque no reflexionado de las acciones humanas, la investigación en autocuidado se ha aproximado demasiado a la mencionada adopción acrítica del término "estilo de vida" por la educación para la salud, con sus secuelas de programas para la acción cortos de vista. Con ello no quiero decir que los investigadores en autocuidado deban subrayar los pasos del programa para los promotores de la salud, los políticos, o ambos. Ese no es su trabajo. Sin embargo, deberían ser muy "prácticos" y útiles de la forma señalada por Kurt Lewin: "no hay nada más práctico que una buena teoría".

Como es lógico, el campo no está vacío. La contribución de las personas a su propia salud ha recibido el respaldo de otras ramas de la investigación en salud: la bibliografía sobre afrontamiento y apoyo social de los últimos 15 años indica claramente que las personas pueden reforzar mutuamente su salud, su reconvalescencia y su rehabilitación. Están empezando a entenderse las formas en que las personas afrontan las circunstancias de la vida diaria: por ejemplo, tardó mucho tiempo en comprenderse que la no observancia puede ser un comportamiento muy sensato y racional, o que el tabaco no debe ser considerado tan solo un factor de riesgo, sino una parte integral de la estrategia global de afrontamiento. Naturalmente, la lista podría ampliarse. En la OMS, hemos integrado la investigación en autocuidado como parte de la red general de investigación sobre promoción de la salud, que abarca la investigación de los comportamientos saludables, de las condiciones de trabajo, de las políticas, del potencial de salud, etc. Quizás de este modo nos aproximemos a comprender el patrón y las estructuras que crean la salud y el bienestar. Hace muy poco, una publicación ha subrayado las nuevas tendencias de la investigación de los comportamientos de salud que apuntan en la dirección del enfoque de la OMS *(30)*.

Si destaco (a veces hasta la exageración) estos aspectos, es porque creo que debe existir una discusión teórica y conceptual más profunda acerca de lo que la investigación en au-

tocuidado debería investigar y medir. Y por qué. ¿En qué medida nos ayuda esta investigación a conocer la voluntad, oportunidad y posibilidad de que disponen las personas para cuidar de sí mismas y de los demás? Las correlaciones actuales no nos ayudan a responder a las preguntas y nos dejan sin un marco de referencia para el contexto de las acciones.

En la OMS, el concepto de estilos de vida y de promoción de la salud nos ayuda a identificar los puntos de entrada clave para la acción. Desde nuestro punto de vista, la definición de autocuidado está implícita en la siguiente cita de la Carta de Ottawa:

> La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Por supuesto, estamos lejos de alcanzar esa meta, pero quizás esta definición nos permita establecer un marco útil para la investigación en autocuidado. Los puntos de entrada propuestos por el capítulo son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes de apoyo, fortalecer la acción de la comunidad; desarrollar la capacidad personal, y reorientar los servicios de salud. La acción y la investigación en autocuidado podrían relacionarse con todas estas áreas: qué políticas de salud pública permiten el autocuidado, qué entornos de apoyo refuerzan la independencia, qué factores hacen que el autocuidado deje de ser una tarea individual para convertirse en un patrón cultural, qué habilidades de autocuidado conviene desarrollar, qué factores de la organización de los servicios de salud dificultan la práctica del autocuidado. A su vez, todas estas cuestiones y las correspondientes respuestas podrían ayudarnos no solo a comprender el autocuidado, sino a situarlo en el marco de una nueva acción de salud pública. Como he señalado en otro trabajo *(31)*, la idea de una nueva salud pública se basa en la comprensión de que, 150 años después de la época heroica de la sanidad, tenemos un concepto distinto de lo que es la "salud" y de lo que es "público". La participación de la población en la salud pública adopta muchas formas y el autocuidado es una de ellas. No obstante, puesto que la nueva salud pública se basa en los principios de salud para todos de la OMS, el autocuidado pasa a ser un potenciador. Pasa a ser considerado como una adición importante a la competencia y habilidad del ser humano (vuelvo a referirme a la noción de Giddens de la persona como actor competente) y no como la delegación del trabajo de salud que nadie más quiere hacer o para el que la sociedad ya no puede permitirse profesionales que lo hagan. Se trata de una consideración esencial, particularmente en lo que se refiere a sus consecuencias para la mujer, los niños y los ancianos.

Así pues, la cuestión que se plantea supera y transciende el marco de este artículo y de la propia investigación en autocuidado. Las acciones de autocuidado no tienen lugar en un vacío político y social. El movimiento a favor de la autoayuda, el autocuidado y la autonomía en salud, que fueron elementos clave de la década de 1970, no están ya en la primera línea del debate sobre salud de la de 1980. Como es natural, en el seno de los sistemas de atención de salud y médica han crecido y siguen creciendo grupos que se interesan por el autocuidado, la autoayuda, la promoción de la salud y las soluciones no médicas, en parte a causa de los problemas inherentes a los propios sistemas, en parte como consecuencia de las presiones económicas y financieras. Las acciones de autocuidado y autoayuda asumidas por la población han hecho a los profesionales y a los sistemas de servicios más conscientes (y también más precavidos) de las necesidades y derechos de los pacientes.

Sin embargo, en una época en la que las nuevas formas de bienestar social son objeto de intenso debate en los círculos políticos, en

la que los sistemas de salud de todo el mundo están siendo sometidos a severos recortes, en la que la defensa del autocuidado por los gobiernos se contrapone a veces a la restricción del acceso a los servicios y en la que la participación de las personas en la salud no es una prioridad de las agendas políticas, quizás merezca la pena volvernos hacia los "viejos" debates de la década de 1970 sobre autocuidado y comprobar si la investigación hecha en los últimos 10 años ha dado respuesta a las cuestiones planteadas entonces. En el debate político, el tema clave era entonces la capacidad de decisión en salud, expresada mejor por el *slogan* del movimiento feminista "lo personal es político". Epistemológicamente, el tema clave era la pertinencia y prudencia del conocimiento y la capacidad de juicio no profesionales. Creo que la investigación en autocuidado tiene aún un largo camino por recorrer en ambos temas. Dicho en palabras de Bateson: "la pertinencia de la acción se constituye a sí misma a través del contexto". Ello puede aplicarse también a la materia que constituye el sujeto de la investigación sociológica. La nueva salud pública, más que la epidemiología del comportamiento, podría proporcionar un marco que favorezca y refuerce la acción y la investigación en autocuidado y que haga de este, parte de un "proyecto social", a medida que nuestras sociedades se enfrentan a los rápidos cambios a que obliga el final del siglo.

Agradecimiento. Deseo manifestar especialmente mi agradecimiento a Judy Luce, que me recordó mis raíces. También quiero agradecer a Michel O'Neill, Jan Branckaerts, Ron Draper y Kathryn Dean sus comentarios sobre los borradores preliminares de este manuscrito.

REFERENCIAS

En casi todos los casos, las citas presentadas sirven como ejemplo de la amplia bibliografía existente sobre el tema.

1. *Poverty Studies in the Sixties. A Selected and Annotated Bibliography.* U.S. Department of Health, Education and Welfare. Washington, D.C., 1970. Esta referencia aparece en el resumen que se incluye en la publicación original de este artículo.
2. Illich I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health.* Pantheon Books, New York, 1976.
3. Foucault M. *The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception.* Random House, New York, 1975.
4. Navarro V. *Medicine Under Capitalism.* Prodist, New York, 1976.
5. Boston Women's Health Book Collective. *The New Our Bodies, Ourselves.* Simon & Schuster, New York, 1984.
6. Katz A. and Bender E. (Eds) *The Strength in Us: Self-Help Groups in the Modern-World.* Franklin Watts, New York, 1976.
7. Kickbusch I. and Trojan A. *Gemeinsam sind wir starker (Together We Are Stronger).* Fischer Taschenbuch, Frankfurt, 1981.
8. Hatch S. and Kickbusch I. (Eds) *Self-Help and Health in Europe.* WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1983.
9. Dean K. Lay care in illness. *Soc. Sci. Med.* 22, 275–284, 1986; Levin L. The lay resource in health and health care. *Hlth Promot.* 1, 285–291, 1986.
10. Nelles W. and Opperman R. (Eds) *Partizipation und Politik: Beittrage zur Theorie und Praxis Politischer Partizipation.* Otto Schwartz, Gättingen, 1980.
11. Kuhn T. *The Structure of Scientific Revolutions.* University of Chicago Press, Chicago, Ill., 1970.
12. Ruzek S. *The Women's Health Movement. Feminist Alternatives to Medical Control.* Praeger, New York, 1978.
13. Kickbusch I. Lifestyles and health. *Soc. Sci. Med.* 22, 117–124, 1986; Wenzel E. Lifestyles and living conditions and their impact on health. In *European Monographs in Health Education,* No. 5, pp. 1–18. Scottish Health Education Group, Edinburgh, 1986.
14. Milio N. *Promoting Health Through Public Policy.* Canadian Public Health Association, Ottawa, 1986.
15. *Targets for Health for All,* Section 4, pp. 53–74. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.
16. Kaplan R. Behavioural epidemiology, health promotion, and health services. *Med. Care* 23, 564–583, 1985.
17. Coreil J., Levin J.S. and Jaco E. G. Life-style—an emergent concept in the sociomedical sciences. *Cult, Med. Psychiat.* 9, 423–437, 1985.
18. Giddens A. *New Rules of Sociological Method.* Hutchinson, London, 1976.
19. An excellent review of the literature on self-care has recently been produced in Canada as part of the follow-up of the *First International Conference on Health Promotion,* Ottawa 1986 instigated by Health and Welfare, Canada. Perreault R. and Malo C. Self-care. A review of the literature. Health Services and Promotion Branch Working Paper, Ottawa, 1987.
20. Bourdieu P. *La Distinction. Critique Social du judgement.* Les editions de minuit, Paris, 1979; Heller A. *Das*

Alltagsleben. Versuch einer Erklärung der individuellen Reproducktion. Suhrkamp, Frankfurt, 1978; Jahoda M. and Lazarsfeld P. F. *Die Arbeitslosen von Marienthal.* Suhrkamp, Frankfurt, 1975.

21. Garfindel H. *Studies in Ethnomethodology.* Polity Press, Cambridge, 1984 (1967); Berger P. and Luckmann T. *The Social Construction of Reality.* Doubleday, Garden City, 1966.
22. Douglas M. *Implicit Meanings: essays in Anthropology.* Routledge & Kegan Paul, London, 1978; Crawford R. A cultural account of "health": control, release and the social body. In *Issues in the Political Economy of Health Care* (Edited by McKinlay J. B.). Tavistock, New York, 1984; Kleinmann A. *Patients and Healers in the Context of Culture.* University of California Press, Berkeley, Calif., 1980; For an overview: Wuthnow R., Hunter J. D., Bergesen A. and Kurzweil E. Cultural Analysis. Routledge & Kegan Paul, Boston, Mass., 1984.
23. Ruzek S. and Hill J. Promoting women's health: redefining the knowledge base and strategies for change. *Hlth Promot.* 1, 301–309, 1986; Suleiman S. R. (Ed.) The female Body in Western Culture. Contemporary perspectives. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1986.
24. Glaser B. G. *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory.* University of San Francisco Press, Calif., 1978.
25. Bateson G. *Steps to an Ecology of Mind.* Ballantine Books, New York, 1972.
26. Bateson G. *Mind and Nature.* Fontana, London, 1985.
27. Kickbusch I. The concept of health promotion (editorial). In *Innovation* 1, No. 2, 1988.
28. Ottawa Charter for health promotion. Véase la pág. 367 de este libro.
29. Kickbusch I. New perspectives for research in health behaviour. In *Health Behaviour Research and Health Promotion.* Oxford University Press, 1988.
30. Anderson R., Davies J. K., Kickbusch I., McQueen D. and Turner J. (Eds) *Health Behaviour Research and Health Promotion.* Oxford University Press, 1988.
31. Kickbusch I. Health promotion. A global perspective. Véase la pág. 15 de este libro.

CAMBIO DE CONDUCTA DE LA POBLACIÓN: UN ENFOQUE CON BASE TEÓRICA

Alfred L. McAlister[1]

Uno de los objetivos fundamentales de la salud pública consiste en modificar la conducta de la población *(1, 2)*, tanto para cambiar los estilos de vida que amenazan el bienestar individual como para lograr entornos saludables en los casos en que es imprescindible lograr comportamientos que representen elecciones políticas o de consumo a fin de influir en las decisiones organizativas *(3)*. Sin embargo, la tecnología social empleada para lograr este objetivo sigue siendo relativamente floja en comparación con el desarrollo alcanzado por la intervención biomédica y la ingeniería sanitaria. Este trabajo demuestra la forma en que los conceptos originados en los avances de las ciencias del comportamiento pueden aplicarse a la definición y ejecución de campañas basadas en la teoría a fin de promover en la población los cambios deseados de los comportamientos relacionados con la salud.

En todo esfuerzo encaminado a inducir cambios voluntarios del comportamiento sin intervención económica ni legal se puede elegir básicamente entre dos métodos: el de la comunicación interpersonal y el de la comunicación por los medios de divulgación. El método más aceptado es el primero, basado en el asesoramiento y en la educación frente a frente, ya sea del individuo o de pequeños grupos, con un modelo similar al empleado en psicoterapia, en la enseñanza escolar y en otras técnicas diseñadas para influir en la conducta de los participantes. Este método suele ser útil cuando se aplica a personas autoseleccionadas que pueden o quieren desempeñar el papel de clientes o alumnos, y que solo representan una pequeña porción de la comunidad en la que se pretende influir. Pero si quienes demandan los servicios educativos directos representan una parte considerable de una población numerosa, el costo de un programa formal puede resultar prohibitivo. Los programas voluntarios de autoayuda pueden llenar el vacío, aunque usualmente se ocupan más de hacerle frente a los problemas inmediatos que de la prevención a largo plazo.

La segunda gran opción para influir en los cambios de comportamiento es el uso de los medios de comunicación de masas pero por lo general los mensajes transmitidos por estos medios solo influyen en una pequeña proporción de su audiencia *(4)*. Aunque ante una persona dada la influencia de dichos medios

Fuente: *Journal of Public Health Policy* 1991;12(3, autumn):345–361. Se publica con permiso de Journal of Public Health Policy, Inc., South Burlington, Vermont, Estados Unidos de América.

[1]Profesor Adjunto y Director Adjunto, Centro para el Desarrollo y la Investigación de la Salud, Escuela de Salud Pública, Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston, Houston, Texas, Estados Unidos de América.

suele ser menor a la del contacto interpersonal, la relación costo-eficacia puede ser superior cuando el número de sujetos al que llega es mucho mayor, ya que en ese caso se aplica una economía de escala. Si bien se aconseja a los activistas en el campo de la salud que combinen el uso de los medios de comunicación con los programas comunitarios para conseguir un impacto mayor *(5, 6)*, todavía no se ha establecido bien la forma de elegir las opciones técnicas entre los servicios interpersonales y las campañas masivas de comunicación.

Cuando se aplican los conceptos teóricos relativos a las funciones especiales y complementarias de los mensajes y de los contactos personales, se pueden organizar actividades que combinen la comunicación a través de los medios de divulgación y de las redes interpersonales a fin de producir una influencia interactiva en el comportamiento que se desea cambiar. Una organización social que quiera lograr un impacto máximo con un presupuesto mínimo podrá utilizar este concepto para llevar a cabo programas prácticos que lleguen a grandes porciones de la población y que impliquen la participación de voluntarios procedentes de numerosas subpoblaciones distintas. Siendo así, el sistema podría utilizarse para promover los objetivos elegidos por los representantes políticos y sociales, p.ej., incrementar el uso adecuado de los servicios preventivos, reducir el consumo de tabaco, mejorar el estado físico de los ciudadanos o moderar los hábitos alimenticios y de consumo de alcohol o las conductas sexuales. En los intentos de modificación de la política social, el sistema de comunicación puede aplicarse a favorecer determinados comportamientos políticos, tales como escribir cartas a los representantes elegidos, participar en manifestaciones, etc. La participación de los voluntarios de la comunidad también hace posible organizar nuevos procesos de decisión interna referentes a las metas de cambio social que se desean, incluyendo los cambios del entorno que incrementan los incentivos o eliminan los obstáculos. De este modo, el sistema de comunicación puede desempeñar un papel en la potenciación y capacitación de la comunidad y en la aceleración de la discusión sobre temas controvertidos. A continuación se describen los componentes de este sistema teórico de comunicación.

Comunicación a través de los medios de divulgación: modelado cognoscitivo y del comportamiento

La comunicación planificada con fines de modelado es la representación de ideas y comportamientos con la intención de que estos sean emulados por la audiencia o los espectadores *(7)*. El contacto interpersonal contiene a menudo un elemento de modelado, pero los medios de comunicación también se adaptan perfectamente a la presentación de ideas y acciones. Por ejemplo, los medios portátiles, es decir, aquellos que pueden ser transportados y «consumidos» posteriormente, permiten al alumno repetir y revisar las representaciones *(4)*. En los medios de comunicación, los modelos de comportamiento pueden resultar más influyentes, ya que la población parece haber conferido a dichos medios cierta posición privilegiada como fuentes de información popular y de entretenimiento *(8, 9)*. Otra ventaja de estos medios radica en que permiten utilizar la información de forma que destaque los argumentos más importantes. Al mismo tiempo, cuando se generan numerosos mensajes y la propia audiencia participa en la creación de los mismos, es posible llegar a muchas culturas heterogéneas e influir en comportamientos distintos de una forma directamente relacionada con la vida diaria de cada cual.

Los conceptos teóricos que podrían aplicarse al diseño de la comunicación planificada con fines de modelar el comportamiento deseado han sido analizados meticulosamente *(7)*. Los aspectos esenciales del mensaje del modelado, considerado como comunicación persuasiva *(10)*, son la identidad del modelo, la justificación autoatribuida del comportamiento propuesto y las consecuencias

percibidas de ese nuevo comportamiento, particularmente en lo que se refiere a las reacciones y percepciones de los demás. Otra función del modelado son las mayores expectativas de autoeficacia *(11, 12)*, definidas a menudo como una mayor intención o confianza en la adopción del nuevo comportamiento deseable: si el modelo puede hacerlo (p.ej., aprender una nueva habilidad), el observador también puede. El modelado es igualmente eficaz para transmitir normas *(13)*, comunicando la idea de que "todo el mundo lo hace".

La elaboración de comunicaciones específicas para su transmisión a través de los medios de divulgación depende del análisis de la forma en que las distintas audiencias consumen la información transmitida *(4)*. Para diseñar el contenido de los mensajes se emplean la investigación etnográfica, los grupos objetivo y los análisis cuantitativos de la estructura de la cognición verbal y de su relación con el comportamiento. El objetivo es producir y divulgar un pequeño número de mensajes sencillos que correspondan a las distintas circunstancias, intenciones y fases del cambio de comportamiento *(14)* actualmente existentes en las comunidades que se estudian. Para alcanzarlo, siempre que sea posible los mensajes de modelado deben extraerse de la propia comunidad, en forma de "historias de modelo de rol" que reflejen los comportamientos positivos de miembros reales de esa comunidad *(15)*.

Redes interpersonales: refuerzo y distribución

La comunicación por los medios de divulgación tiene límites bien conocidos. A veces, la audiencia decide no recibir el mensaje transmitido *(7)*; en otras ocasiones, aunque la audiencia esté prestando atención, los modelos de acción que se transmiten pueden ser captados a nivel cognoscitivo pero no aplicados al comportamiento, a no ser que ciertas contingencias directas del entorno respalden el mensaje *(1, 8)*. El componente interpersonal del sistema está específicamente diseñado para complementar a los medios de comunicación en estos aspectos. Sus propósitos fundamentales son influir en los miembros adecuados de la comunidad para que presten atención a la comunicación planificada y estimular y reforzar las intenciones declaradas de imitar el comportamiento modelado así como cualquier aproximación real al cambio deseado. Con este fin, se forma una red de comunicación interpersonal mediante el reclutamiento de voluntarios cuya misión consiste en divulgar y promover las comunicaciones de modelado y en proporcionar refuerzos sociales positivos a las respuestas verbales o de comportamiento deseadas. Al mismo tiempo, los voluntarios distribuyen materiales que facilitan el cambio (p.ej., preservativos para prevenir la transmisión del VIH). Asimismo, pueden servir como modelos para otros miembros de la comunidad y participar en misiones de abogacía destinadas a facilitar el acceso a los servicios preventivos, terapéuticos u otros, como se describe en la sección siguiente.

Las funciones primordiales de la red de comunicación interpersonal se basan en el concepto de que parte del contenido de las sesiones de grupo o aula puede ser presentado igualmente por los voluntarios en marcos comunitarios abiertos *(16)*. Ello se consigue combinando el modelado en los medios de comunicación, que ha sido diseñado para incluir los conocimientos que pueda tener un grupo de expertos o un representante social (es decir, la selección de los comportamientos diana, la priorización de subobjetivos, la elección entre los modelos de comportamiento disponibles . . .) y una comunicación interpersonal que se centra en las tareas menos complejas que también podría llevar a cabo ese representante social, estimulando verbalmente las declaraciones de intenciones y alabando las aproximaciones sucesivas a la respuesta deseada. Así pues, los voluntarios que constituyen la red de comunicación realizan funciones que no varían con los diferentes objetivos y que no precisan gran

formación adicional, salvo la habilidad social natural que ya poseen muchos miembros de la comunidad *(17)*. El contenido "experto", en forma de declaraciones de los hechos y selección de mensajes convincentes para la comunicación de modelos de comportamiento, procede de los medios de comunicación, portátiles o no, en forma de mensajes de modelado, como se indicó anteriormente. Los materiales de apoyo transmitidos por los medios de comunicación pueden tener, a su vez, una función de refuerzo de la actuación de los voluntarios de la red, incrementando la importancia percibida y la credibilidad de su trabajo, sobre todo cuando se usan las cadenas de televisión y otros importantes canales de comunicación *(4)*.

La organización de las redes para obtener canales de transmisión de los componentes propiamente interpersonales de la comunicación se ha utilizado con éxito en campañas destinadas a promover la difusión de innovaciones en muchas áreas del cambio cultural y organizativo *(18–20)*, así como en otras destinadas a influir en comportamientos saludables, tales como el abandono del tabaco *(5)*. En ciertos casos, la función más importante de la red comunitaria consiste en la distribución de materiales, mientras que en determinadas situaciones radica en reforzar las declaraciones explícitas de la intención de estudiar e imitar los modelos de comportamiento propuestos. Con los materiales de apoyo, los voluntarios disponen de ejemplos concretos para demostrar los motivos y las formas en que los miembros de la comunidad pueden modificar, y modifican, ciertos estilos de vida o comportamientos políticos y de consumo muy específicos.

Cuando se trata de favorecer el cambio de políticas y organizaciones, la función de la participación de los miembros de la comunidad puede consistir en la expresión de intereses políticos o económicos de forma tal que modifique las políticas generales o particulares que afectan a elementos claves del entorno, como la seguridad ciudadana, la vivienda, etc. Con la formación adecuada, la red de voluntarios puede adquirir el poder suficiente para forzar el cambio a través de las contribuciones políticas, el voto en bloque, el boicoteo, la organización de acontecimientos con fines publicitarios y la expresión directa de las opiniones de votantes o consumidores *(21–26)*. Desde el punto de vista práctico de un departamento de sanidad o de otro programa financiado con fondos públicos y destinado a prevenir las enfermedades a través del cambio de comportamiento, a menudo resulta difícil tratar ciertos aspectos controvertidos de la política pública o del cambio social sobre los que no existe consenso general. Si las fuerzas opuestas pueden llegar a un acuerdo en cuanto a los objetivos de política o a los cambios del entorno, será posible que la comunicación a través de los medios de divulgación o de redes interpersonales proponga modelos orientadores o estimule comportamientos económicos o políticos. A falta de acuerdo, el contenido del modelo de rol propuesto puede presentar, sin ofender a nadie, las distintas opiniones de una forma equilibrada que favorezca la discusión sobre el tema por los ciudadanos. A diferencia de la propaganda, las noticias o historias de interés humano pueden considerarse aspectos aceptables del esfuerzo comunitario por estimular la consideración de las distintas opciones del cambio del entorno.

El proyecto de Carelia del Norte, Finlandia, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares *(27)* ha demostrado y documentado la aplicabilidad de estos conceptos. Una serie de televisión sobre modelado del comportamiento, titulada *Claves de la Salud (28)* se emitió en siete ocasiones *(16, 29, 30, 31)*; al mismo tiempo, se reclutaron varios cientos de voluntarios comunitarios que se movilizaron para promover la imitación de los modelos de rol televisados *(30)*. Aunque son muchos los factores que podrían justificar los cambios positivos del estilo de vida y la salud que se registraron en Carelia del Norte, parece razonable atribuir una parte del mérito a los programas de los medios de comunicación y a la red comunitaria. La red de vo-

luntarios fue también la base de la movilización organizada de la opinión pública y de la elección económica en varios aspectos de la política general, favoreciendo los entornos libres de humo, asesorando a los centros de alimentación sobre los productos a solicitar y estimulando la conversión de las granjas lecheras en centros de producción de pescado y bayas. A continuación se describe la forma en que puede aplicarse el enfoque combinado modelado en los medios de comunicación/red comunitaria a los distintos objetivos de salud pública de la población de los Estados Unidos.

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO PARTE DE UN PROGRAMA INTEGRADO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: "PROGRAMA A SU SALUD"

Iniciado en 1985 con el respaldo del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, el Programa A Su Salud demuestra un sistema basado en la teoría y de ámbito comunitario destinado a promover el abandono del tabaco y otros cambios del estilo de vida relacionados con la salud en Eagle Pass, un área económicamente deprimida de la frontera entre México y el sur de Texas. El proyecto fue diseñado expresamente siguiendo el modelo de Carelia del Norte en lo que se refiere al modelado del comportamiento en los medios de comunicación y las redes de refuerzo comunitario; además, formaba parte de una red global de proyectos de demostración para la prevención y control integrados de las enfermedades no transmisibles *(32)*. Los métodos y hallazgos preliminares han sido descritos con mayor detalle en otros lugares *(15, 17)*. El proyecto comprendía la movilización y empoderamiento de los voluntarios que defendían la legislación local sobre entornos libres de humo; los participantes clave de la red comunitaria intervinieron asimismo en otros aspectos políticos relacionados con las prácticas dietéticas (restaurantes y supermercados) y el abuso de alcohol (bares y seguridad ciudadana). Puesto que el sistema de cambio de comportamiento mediante el uso de medios de comunicación y redes comunitarias se adapta a cualquier objetivo de salud pública defendible, fue posible incluir en él la educación de la población con respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), al sida y a la prevención de la transmisión del VIH, aprovechando la preocupación nacional por estos temas que surgió durante la primavera de 1988.

Modelado del comportamiento en los medios de comunicación

Como parte de nuestra campaña permanente de promoción de la salud en el sur de Texas, en los noticieros de mayor audiencia de la televisión se incluyen breves mensajes sobre modelado del comportamiento *(15)*. En Eagle Pass, las dos cadenas locales de televisión que transmiten en español y las dos cadenas regionales (angloparlante e hispanoparlante, respectivamente, y ambas con elevadas cuotas de audiencia) transmiten también noticias semanales al respecto. Las dos estaciones de radio que transmiten en español también difunden estos mensajes semanales, al igual que cuatro diarios, tres de ellos escritos en español y el cuarto, en inglés. Durante abril y mayo de 1988, todos estos medios de comunicación presentaron varias historias basadas en el modelado del comportamiento y relacionadas con la reducción del riesgo de transmisión del VIH y otras ETS (p.ej., mujer joven sexualmente activa que insiste en usar el preservativo por miedo a la infertilidad que podría provocarle una enfermedad de transmisión sexual). También se difundió el Informe del Cirujano General de los Estados Unidos sobre el sida, que contenía relatos de modelado del comportamiento; la red de voluntarios distribuyó 10.000 copias en la ciudad. Se hizo un libro bilingüe con dibujos para personas escasamente alfabetizadas, presentando una historia de modelado con información orientada a reducir

el miedo a las formas de contagio del VIH y promoviendo el cambio de comportamiento en la población con conductas de riesgo. La red de voluntarios distribuyó 5.000 copias del libro.

Red de refuerzo

El reclutamiento de voluntarios para formar una red de promoción de la salud en Eagle Pass se inició en 1986 y alcanzó una cifra máxima de 800 personas, reclutadas sistemáticamente en los centros de salud, vecindarios, comercios minoristas, centros de trabajo, organismos gubernamentales y clubes sociales *(17)*. Los voluntarios recibieron la formación necesaria para distribuir calendarios mensuales que enumeraban los mensajes de modelado e informaciones útiles acerca del abandono del tabaco, la reducción del riesgo de transmisión del VIH, los servicios de salud preventiva, etcétera. El reclutamiento, supervisado por dos trabajadores de la comunidad, se hizo de forma individual y a través de presentaciones en grupo. Las primeras sesiones formativas, cada una de una hora de duración, comprendían prácticas de modelado y representación de roles con refuerzo social positivo, usando la alabanza y evitando la manifestación de reacciones negativas. Posteriormente, en las reuniones mensuales de continuación, estos voluntarios compartían sus experiencias, recibían información acerca de temas relacionados con la salud y elegían los calendarios u otros materiales impresos para distribuirlos a través de su red.

Evaluación

Ciento sesenta y seis voluntarios respondieron a una encuesta detallada que se hizo en el verano de 1987 *(33)*. De ellos, 120 representaban secciones geográficamente definidas de la comunidad (vecindarios). Notificaron que hacían un promedio de 20 contactos mensuales y calcularon que las personas con las que habían efectuado tales contactos habían visto una media aproximada de 9 modelos. Solo se notificaron 21 casos de abandono del tabaco. Las encuestas de seguimiento hechas en 1989 demostraron que las cuatro quintas partes de los respondientes de Eagle Pass habían visto los mensajes de modelado y que uno de cada cinco había estado en contacto con algún voluntario o trabajador comunitario. El panel de fumadores de la población presentó un descenso del consumo de tabaco de 10%, mientras que un panel de referencia de una ciudad fronteriza vecina comparable no mostró interrupción alguna a largo plazo del hábito de fumar *(34)*. En lo que se refiere al riesgo de transmisión del VIH y a la reducción de dicho riesgo, una encuesta telefónica llevada a cabo dos meses después de la emisión de esa parte de la campaña en 1988 (No. = 166) reveló mayor disminución del miedo al sida notificado en Eagle Pass que en la comunidad de referencia *(33)*. La tercera parte de los respondientes de la primera de estas poblaciones notificaron cambios de comportamiento sexual tendientes a reducir el riesgo, p.ej., descenso del número de parejas sexuales o uso de preservativos. Las fuentes de influencia para el cambio de comportamiento más citadas fueron la televisión y otros medios de comunicación.

Otras aplicaciones

En relación con los proyectos comunitarios para la prevención de la infección por VIH de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos (Centers for Disease Control, CDC) *(35)*, los principios teóricos descritos en este artículo están siendo aplicados a poblaciones con comportamientos de alto riesgo estrictamente definidas. Se están preparando mensajes de modelado contenidos en folletos con imágenes de dibujos animados, cintas de video y audio, mensajes telefónicos grabados y otros canales especializados de comunicación. Aunque en la mayor parte de las historias sobre comportamientos sexuales y consumo de drogas es preciso ocul-

tar la identidad de los modelos, muchas personas sometidas a riesgo se ofrecen para compartir sus técnicas y formas de reducir el riesgo (p.ej., prostitutas capaces de dar un contenido erótico al uso del preservativo). Mediante modelos de rol, es posible presentar alternativas que ciertos segmentos de la comunidad podrían considerar inaceptables sin que parezca que por ello se defienden tales conductas. Por ejemplo, una persona que sigue inyectándose una droga pero que no comparte sus agujas puede resultar un modelo útil para una parte de la población, aun reconociendo que el objetivo principal a largo plazo es la prevención absoluta del consumo de drogas, para lo cual pueden producirse otras historias con modelos de abstinencia. En función de las decisiones periodísticas, los modelos de comportamiento pueden consistir en personas que participan en la defensa de otros esfuerzos políticos o de abogacía, tales como incrementar los servicios destinados a toxicómanos o enfermos de sida. Si se desea llegar a los grupos, estrictamente definidos, que tienen comportamientos ocultos y a menudo ilegales, debe disponerse de redes de refuerzo muy especializadas que tal vez deban incluir contactos directos en la calle por trabajadores de campo y voluntarios situados en localizaciones estratégicas, tales como los negocios relacionados con el sexo. Los principios del refuerzo social son similares, cualquiera que sea la naturaleza precisa de la red a organizar. Cuando se trata de ciertos grupos con riesgo de enfermedades de transmisión sexual, la red puede servir como vehículo para potenciar y mejorar otras condiciones de vida que amenazan su bienestar.

EMPODERAMIENTO DE LOS VOTANTES: LOS PROYECTOS DE "DISTRITO OSCILANTE" DE TEXAS Y MISSISSIPPI

Para demostrar la forma en que los principios del modelado de comportamientos y de la formación de redes comunitarias pueden aplicarse al objetivo de influir en la política sobre armamento nuclear *(36)*, puede utilizarse el proyecto de abogacía organizado por los Harvard-Radcliffe Students for Social Responsibility (HRSSR) (Estudiantes de Harvard y Radcliffe a Favor de la Responsabilidad Social) de Cambridge, Massachusetts *(37)*. Este proyecto, ejecutado en cooperación con la Red de Videos de Interés Público de Washington D.C., consistió en un esfuerzo conjunto por lograr que la participación ciudadana influyera en las decisiones del Congreso sobre las armas nucleares *(38)*. Más específicamente, el proyecto pretendía influir en la votación sobre las apropiaciones de misiles MX o Peace Keeper de determinados miembros del Congreso de los Estados Unidos, particularmente en los dirigentes indecisos y en los miembros del Subcomité de Apropiaciones de la Defensa. Se organizó una campaña particularmente intensa de los votantes de las respectivas circunscripciones electorales dirigida al congresista Jim Wright (Demócrata de Fort Worth, Texas; Jefe de la Mayoría) *(39)* y Jamie Whitten (Demócrata de Tupelo, Mississippi; Presidente del Comité de Apropiaciones) *(39)*. Para ello se emplearon los conceptos de modelado en los medios de comunicación y de redes de refuerzo comunitario presentados en este artículo *(38)*. El objetivo fue animar a los ciudadanos a manifestar su oposición a los proyectos de ley sobre obtención de misiles que se planteaban en 1982.

Medios de comunicación y redes comunitarias

La Red de Videos de Interés Público produjo un programa de una hora de duración para la televisión pública titulado Thinking Twice About Nuclear War (Replanteando la Guerra Nuclear), que comenzaba siguiendo a una familia sureña a medida que estudiaban las tendencias de la política de defensa y reaccionaban con temor frente a la creciente amenaza de una guerra nuclear. A continuación,

se mostraban ciudadanos trabajando a distintos niveles para prevenir la guerra, incluso modelos de acción política básica. Este programa fue transmitido a las 10 de la noche de un día laborable por casi todas las emisoras afiliadas a la PBS. Con la cooperación de las oficinas nacionales de la Campaign for a Nuclear Weapons Freeze, Physicians for Social Responsibility (Campaña para la Congelación de las Armas Nucleares y Médicos Defensores de la Responsabilidad Social) y la organización "Ground Zero", la HRSSR buscó a los representantes de los grupos locales que se oponían a la escalada de las armas nucleares. En cada distrito se identificó a una persona que sirvió como contacto para las actividades de extensión del voluntariado. Estas personas fueron informadas por teléfono de la transmisión del programa con seis semanas de antelación. Por correo, y según las solicitudes recibidas, se remitieron distintos materiales destinados a su distribución por los voluntarios y se asesoró a los que así lo pedían sobre la forma de persuadir a las emisoras locales para que retransmitieran el programa.

Mediante contactos telefónicos continuados realizados tras la emisión del programa en abril de 1982, se animó a los voluntarios para que escribieran a sus representantes o utilizaran otras formas de comunicación persuasiva. Dentro de las propias redes organizadas, se asesoró a los participantes sobre la forma de seguir las próximas votaciones sobre la congelación de pruebas nucleares y apropiaciones de misiles, con sugerencias sobre la forma de organizar una "cadena telefónica" para alertar con rapidez al resto de los ciudadanos sobre los momentos críticos en que debía intentarse influir en los congresistas. Dependiendo de las solicitudes, los contactos locales recibieron conjuntos de materiales impresos publicados por el Friends Committee on National Legislation (Comité de Amigos para la Legislación Nacional) (todos ellos sin fecha): *How to Write to Members of Congress (40), How to Organize an Action Network (41) y The Nuclear War Prevention (42) (Cómo escribir a los miembros del Congreso, Cómo organizar una red de acción y la Prevención de la Guerra Nuclear, respectivamente).* Todos estos materiales contenían instrucciones detalladas para expresar eficazmente las opiniones a los representantes elegidos, incluso modelos para redactar las cartas y visitar a los representantes, escribir cartas a los editores de los periódicos locales, etc. Los Harvard-Radcliffe Students for Social Responsibility animaron continuamente a los contactos locales en la realización de estas actividades.

Experiencias a nivel básico

En Fort Worth, Texas, se disponía de una red comunitaria gracias a la relación con una organización llamada Citizens for Education on Nuclear Arms (CENA) (Ciudadanos para la Educación sobre la Guerra Nuclear) y reconocida por la National Clearinghouse for a Nuclear Weapons Freeze. Sus dirigentes estaban muy interesados en la futura retransmisión de *Thinking Twice,* pero cuando consultaron con la emisora local de televisión pública descubrieron que esta no pensaba retransmitir el programa en el área de Fort Worth. Sin embargo, y tras repetidas solicitudes de la CENA, aceptó transmitirlo en una fecha posterior, por lo que se repartieron más de 100 carteles de promoción anunciándolo. Como parte de su participación en la "Semana Ground Zero", la CENA solicitó la incorporación de nuevos miembros y pidió a la población que escribiera cartas y firmara peticiones en mesas colocadas en el exterior de las salas de conferencias y lugares de reunión. Se pedía, explícitamente, que se comunicara preocupación al representante Wright y que se declarara el apoyo a la Resolución sobre congelación del armamento nuclear y consiguiente oposición a la compra de misiles MX. Se distribuyeron unos 500 paguetes de materiales educativos. En mayo se hizo una reunión para discutir y plantear los mejores métodos de influir en el Congreso. La organización disponía de una lista de unos 300 nombres y números de teléfono de posibles seguidores, que fueron distribuidos

entre los 19 miembros más activos, encargados de hacer las solicitudes de remisión de cartas. El grupo defensor del control de armas de Fort Worth trabajó también para asegurar una cobertura equilibrada del tema de la carrera armamentista y aspectos afines por parte del periódico local. Los editoriales del periódico habían atacado la propuesta de congelación y defendido la adquisición de los MX. Para contrarrestar estas ideas, los miembros del grupo hicieron una campaña de cartas al director. Al mismo tiempo, la CENA organizó varias actividades para demostrar el temor de la población de una guerra nuclear y su defensa de las iniciativas de control de armamento.

Se descubrió que en Tupelo, Mississippi, existía un capítulo de la organización Physicians for Social Responsibility; su responsable, un médico local, indicó que había un pequeño grupo opuesto al desarrollo de las armas nucleares, aunque no trabajaba en ningún tema concreto. Se creía que el representante Whitten no apoyaría las medidas de control de armamento en el Congreso y la red de emisoras públicas del estado no tenía intención de emitir Thinking Twice. Sin embargo, tras las repetidas solicitudes del médico y de algunos de sus asociados, se transmitió una copia del programa. Antes de esa fecha, se distribuyeron unos 50 carteles anunciadores. Dada la importante posición del representante Whitten en la política de financiación de armas, se pidió al grupo de Tupelo que se concentrara en oponerse a la apropiación de fondos destinados a los misiles MX. En mayo de 1982, un grupo de colegas se dirigió a su representante para explicar su postura y solicitar ser invitados a testificar ante del Subcomité del Congreso sobre Apropiaciones para la Defensa. El médico voluntario de Tupelo testificó ante dicho subcomité en agosto de 1982, declarando su oposición a los MX y demostrando que el sistema podría romper el equilibrio nuclear. También se consiguió una entrevista privada con el representante Whitten. Además de estos intentos directos por expresar sus opiniones ante el Congreso, el médico dirigente de la organización de Tupelo animó a los ciudadanos que pensaran del mismo modo a dirigirse a Whitten y se constituyó en figura pública para actuar como modelo local. En diciembre de 1982, el Tupelo Journal publicó su carta, agradeciendo al representante Whitten su voto en contra del desarrollo del sistema de misiles MX en el Subcomité del Congreso sobre Apropiaciones para la Defensa.

Evaluación

En junio, septiembre y diciembre de 1982 se obtuvieron entrevistas con los ayudantes legislativos responsables de los distritos o especializados en los temas de congelación de armamento y misiles MX. (38). En lo que concierne a la resolución sobre congelación de armamentos, la oficina de Wright dijo haber recibido unas 60 cartas durante ese verano, incluso dos peticiones firmadas por 26 y 32 personas respectivamente. Menos de cinco cartas manifestaban su oposición al control de armamentos, mientras que el resto defendían la resolución. También informó la celebración de manifestaciones a favor de la iniciativa de paz en pequeñas comunidades. En cuanto a la correspondencia recibida durante el otoño de 1982 sobre el tema de la apropiación de fondos para el sistema MX, la oficina de Wright declaró haber recibido de 40 a 50 cartas, incluso una petición firmada por 35 ciudadanos; menos de 10 defendían la apropiación, mientras que el resto se oponía a ella. Parece razonable suponer que al menos 100 personas escribieron directamente o firmaron peticiones como resultado de las actividades de la red de voluntarios. La oficina de Wright declaró haber recibido menos de 10 cartas, afirmando que "las que se recibieron estaban en contra (de los MX)". Casi todas ellas, por no decir todas, fueron consecuencia del trabajo de creación de una red y del esfuerzo personal del voluntario local. El ayudante de Whitten mencionó también que el médico se

presentó ante el Subcomité que trataba el tema, y que se recibió una carta dirigida al director del periódico local. A efectos comparativos, se estudiaron otras dos oficinas de congresistas, cuyo personal afirmó haber recibido menos cartas en contra de la propuesta. Los ayudantes de los representantes incluidos en el programa y los de los elegidos como referencia habían recibido impresiones muy distintas acerca de los intereses de su votantes, ya que los de Wright y Whitten habían percibido claramente la existencia de una expresión organizada y localmente significativa que se correspondía con el modelado de comportamiento presentado a través de los medios de comunicación y de las actividades de la red de voluntarios locales.

De los 94 miembros del Congreso con historia sistemática de voto "halcón" durante el primer semestre de 1982, el representante Wright fue uno de los tres que decidieron apoyar la resolución sobre congelación de armamento nuclear. El representante Whitten votó sobre la apropiación de MX en tres ocasiones (en noviembre de 1982 en el Subcomité de Apropiaciones para la Defensa y también en el Comité de Apropiaciones y a principios de diciembre de ese mismo año, en el Pleno de la Cámara) y en todos los casos, lo hizo en contra de la financiación del sistema de misiles. Wright también votó en contra en el Pleno, en la primera ocasión en que el Congreso rechazó una solicitud presidencial importante relacionada con el armamento nuclear. Para los ayudantes legislativos, la comunicación de las opiniones de los votantes fue solo una influencia facilitadora de tan sorprendente votación, mientras que la influencia principal habría sido la reunión de los miembros del Partido Demócrata, que defendía el control de armas y que tenía capacidad para volver a confirmar a Wright y a Whitten en sus puestos dirigentes cuando se organizara el próximo Congreso. Estos ayudantes hicieron diversos comentarios sobre el impacto de la presión local:

> Le facilitó la votación (contra los MX).
> La opinión pública tuvo mucho que ver en la orientación del voto.
> Comprendimos que una buena parte del correo había sido dirigido, pero de todas maneras correspondía a opiniones expresadas que debíamos escuchar.

RESUMEN

Estos estudios de caso revelan que los principios ilustrados de cambio de comportamiento pueden aplicarse en la práctica y que pueden contribuir a la consecución de distintos objetivos relacionados con la salud pública. El enfoque básico, que combina el modelado de los comportamientos a través de los medios de comunicación y el contacto interpersonal local en apoyo del anterior, ha sido aplicado a otras formas de cambio social, tales como la venta de productos y la reforma agraria *(18)*. El modelado forma parte esencial de muchas leyendas y cuentos infantiles y el refuerzo de la imitación de los modelos de comportamiento, tanto familiar como comunitario, forma parte de la educación de los niños *(7)*. Aunque los principios del modelado del comportamiento y del refuerzo social pueden aplicarse a la consecución de las metas de un grupo ya poderoso, ello no implica que solo pueda aplicarse en una sola dirección en lo que se refiere a la conceptualización del cambio. La dirección del cambio social puede establecerse a través de los modelos de comportamiento elegidos. Si estos proceden de la propia audiencia y reflejan comportamientos auténticos, su presentación a través de los medios de comunicación podrá servir para ampliar los procesos de cambio que están teniendo lugar en la realidad, al igual que sucede cuando los modelos de rol y las redes de imitadores surgen espontánemante en una comunidad dada. Si la red de voluntarios representa a la comunidad y coincide con los objetivos del modelado del comportamiento, su participación en el sistema aquí descrito puede ser

considerada como una contribución al autocambio de comportamiento y de política de la sociedad. Si la elección de los mensajes procede de la propia audiencia y no de planificadores centrales que pretenden dictar los comportamientos, justificarán la potenciación y el deseo de un cambio social. De este modo, las redes de comunicación podrán convertirse en fuentes de autodeterminación comunitaria y defender el derecho propio a establecer metas y políticas.

La selección de objetivos de comportamiento en los programas de cambio social implica aspectos no científicos. Al nivel más racional, los objetivos pueden ser seleccionados y destacados según su impacto sobre la salud. Por ejemplo, cuando en un programa de televisión hay que presentar un número limitado de mensajes de modelado, los temas a elegir pueden seleccionarse haciendo un análisis del riesgo atribuible de la población en relación con los factores de riesgo más importantes, como el consumo de tabaco o el abuso de alcohol *(17, 32)*. En el *Programa a Su Salud* de Texas, dicho análisis fue presentado a la comunidad como justificación y para obtener su apoyo a la elección inicial del hábito de fumar como factor a combatir *(15)*. Los mecanismos empleados para elegir las metas de la tecnología social y del comportamiento aquí descritos abarcan los procesos políticos, los grupos de ciudadanos o, simplemente, la decisión informada de una autoridad reconocida en temas de salud pública. Como quiera que se haga la selección, toda organización interesada en acelerar la difusión de las innovaciones en el campo de la salud debería tener en cuenta este enfoque basado en la teoría.

REFERENCIAS

1. McAlister, A., Orlandi, M., Puska, P., Zbylot, P., and Bye, L. L. "Behavior Modification in Public Health: Principles and Illustrations," in Oxford Textbook of Public Health. London: Oxford Medical Publications, 1990.
2. Green, L., and McAlister, A. "Macro-Intervention to Support Health Behavior: Some Theoretical Perspectives and Practical Reflections," Health Education Quarterly 11 (1984):323–39.
3. Bracht, N., ed. Health Promotion at the Community Level. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.
4. Roberts, D. F., and Maccoby, N. "Effects of Mass Communication," in The Handbook of Social Psychology, Vol. I., G. Lindzey and E. Aronson, eds. New York: Random House, 1985:539–98.
5. Flay, B. R. "Mass Media and Smoking Cessation: A Critical Review," *American Journal of Public Health* 77 (1987):153–60.
6. *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. Charles Atkin & Lawrence Wallack, eds. Sage Publications, Newbury Park, CA, 1990.
7. Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall, 1986.
8. McGuire, W. J. "Attitudes and Attitude Change," in *The Handbook of Social Psychology Vol. II.* G. Lindzey and E. Aronson, eds. New York: Random House, 1985.
9. McGuire, W. J. "Public Communication as a Strategy for Inducing Health Promotions Behavioral Change," *Preventive Medicine* 13 (1984):299–319.
10. McGuire, W. J. "Theoretical Foundations of Campaigns," in R. E. Rice & W. J. Paisley, eds. *Public Communication Campaigns*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1981.
11. Bandura, A. "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change," *Psychological Review* 84 (1977):191–215.
12. Bandura, A. "Self-Efficacy Mechanism in Human Agency," *American Psychologist* 37 (1982):122–47.
13. Ajzen, I., and Fishbein, M. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1975.
14. Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C. and Fava, J. "Measuring Processes of Change: Application to the Cessation of Smoking," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1988):520–28.
15. Ramirez, A., and McAlister, A. "Mass Media Campaign: *A Su Salud*," *Preventive Medicine* 17 (1988):608–21.
16. McAlister, A., Puska, P., Koskela, K., Pallonen, U., and Maccoby, N. "Mass Communication and Community Organization for Public Health Education," *American Psychologist* 35 (1980):375–79.
17. Amezcua, C., McAlister, A., Ramirez, A., and Espinoza, R. "Health Promotion in a Mexican-American Border Community: *Program a Su Salud* in Eagle Pass, Texas," in N. Bracht, ed. *Organizing for Community Health Promotion: A Handbook*. Sage Publications, 1990.
18. Rogers, E. *Diffusion of Innovations*. Third Edition. New York: The Free Press, 1983.
19. Parcel, G., Taylor, W. C., Brink, S. G., Gottlieb, N. H., Engquist, K. E., and Eriksen, M. P. "Translating Theory into Practice: Intervention Strategies for the

Diffusion of a Health Promotion Innovation," *Family and Community Health* 12 (1989):1–13.
20. Israel, B. "Social Networks and Social Support: Implications for Natural Helper and Community Level Interventions," *Health Education Quarterly* 12 (1985):65–80.
21. Olson, M. *The Logic of Collective Action.* Cambridge, Harvard University Press, 1965.
22. Rappaport, J. "Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology," *American Journal of Community Psychology* 15 (1987):121–48.
23. Zimmerman, M. A., and Rappaport, J. "Citizen Participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment," *American Journal of Community Psychology* 16 (1988):725–50.
24. Minkler, M. "Improving Health Through Community Organization," in K. Glanz, F. M. Lewis, and B. Rimer, eds. *Health Behavior and Health Education.* San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1990.
25. Wallerstein, N., and Bernstein, E. "Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education," *Health Education Quarterly* 15 (1988): 379–94.
26. Freire, P. *Education for Critical Consciousness.* New York: Continuum Press, 1983.
27. Puska, P., Salonen, J. T., Koskela, K., McAlister, A., Kottke, T. E., Maccoby, W., and Farquhar, J. W. "The Community-Based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease: Conclusions From Ten Years of the North Karelia Project." Veáse la pág. 99 de este libro
28. McAlister, A. *Toward the Mass Communication of Behavioral Counseling.* Unpublished doctoral dissertation, Stanford University, 1976.
29. Puska, P., Koskela, K., McAlister, A. L., Pallonen, U., Vartiainen, E., and Homan, K. "A Comprehensive Television Smoking Cessation Programme in Finland," *International Journal of Health Education* 22 (suppl.) (1979):1–15.
30. Puska, P., Koskela, K., McAlister, A., Mayranen, H., Smolander, A., Moisio, S., Viri, L., Korpelainen, V., and Rogers, E. M. "Use of Lay Opinion Leaders to Promote Diffusion of Health Innovations in a Community Programme: Lessons Learned from the North Karelia Project," *Bulletin of the World Health Organization* 64 (1986):437–46.
31. Puska, P., McAlister, A., Niemensivu, H., Piha, T., Wiio, J., and Koskela, K. "A Television Format for National Health Promotion: Finland's 'Keys to Health'," *Public Health Reports* 102 (1987):263–69.
32. McAlister, A., Nissinen, A., Berrios, X., Alberti, K. G. M. M., and Khaltaev, N. "Demonstration Projects for the Integrated Prevention and Control of Noncommunicable Disease (INTERHEALTH Programme): Epidemiological Background and Rationale," *World Health Organization Quarterly,* in press, 1991.
33. Amezcua, C., Ramirez, A., McAlister, A., McCuan, R. A., Galavotti, C., and Reed, C. "Effects of a Spanish-language Community Intervention in Southwest Texas on Reported HIV Infection Knowledge, Attitudes and Behavior." Paper presented at the V International Conference on AIDS, Montreal, Canada, 1989.
34. McAlister, A., Ramirez, A., Amezcua, C., Stern, M., Mercado, S., Galavotti, C., and Pulley, L. "Theory-Based Systems to Promote Smoking Cessation on the Texas-Mexico Border," *American Journal of Health Promotion,* in press, 1991.
35. Goldsmith, M. "Target: Sexually Transmitted Diseases," *Journal of the American Medical Association* 264 (1990):2179–80.
36. Kennedy, E., and Hatfield, M. *Freeze! How You Can Prevent Nuclear War.* Bantam Books, NY, 1982.
37. Mack, N., and Johnston, C. *How You and Your Friends Can Help Prevent Nuclear War.* Boston, New Century Policies, 1982.
38. McAlister, A. "Promoting Citizen Participation in Congressional Decisions About Nuclear Weapons: An Exploratory Study," Report presented at the American Public Health Association Annual Meeting entitled "Science and Social Action for Health and Peace," Dallas, TX, November 17, 1983.
39. Barone, M., and Ujifusa, G. *The Almanac of American Politics,* 1982. Washington, D.C.: Barone and Company, 1982.
40. Friends Committee on National Legislation. *How To Write To Members of Congress.* Washington, D.C., F.C.N.L., undated.
41. Friends Committee on National Legislation. *How to Organize an Action Network.* Washington, D.C., F.C.N.L., undated.
42. Center for Defense Information. *The Nuclear War Prevention Kit.* Washington, D.C.: Center for Defense Information, 1982.

PERSPECTIVAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA INVESTIGACIÓN DEL CÁNCER[1]

David D. Celentano[2]

La investigación, la intervención y la evaluación de los programas que pretenden reducir las conductas de riesgo para el desarrollo del cáncer, favorecer la detección precoz, aliviar el dolor y la discapacidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes tienden a estudiar estos aspectos desde la perspectiva del individuo afectado. Esto refleja las bases disciplinarias de la investigación en oncología psicosocial (en la que predomina el enfoque de la medicina y de la psicología orientado hacia el paciente) y de sus métodos de investigación. Aunque de este modo se obtienen datos de gran valor acerca del curso de la enfermedad y del impacto de las estrategias con que se afronta la misma, el método impide situar los hallazgos en un contexto más amplio. No es posible establecer la magnitud en que pueden generalizarse las experiencias.

Una forma complementaria de evaluar las variables que agregamos bajo los epígrafes "factores del estilo de vida" y "promoción de la salud" consiste en aplicar el método epidemiológico. Como marco básico de la salud pública, los datos obtenidos mediante la investigación epidemiológica ofrecen distintas vías para evaluar los factores de mayor interés en la investigación psicológica y de la conducta.

Bajo el epígrafe de factores del estilo de vida y promoción de la salud incluimos: 1) los factores que reflejan la posición social, incluso la clase social y el estrato socioeconómico y la profesión; 2) los factores de riesgo relacionados con la conducta y asociados a elevadas tasas de cáncer, especialmente el tabaco (y el dejar de fumar), el consumo de alcohol, la dieta y la exposición a la luz solar; 3) las conductas relacionadas con la detección, factores asociados con el seguimiento de los programas de detección precoz de las enfermedades preneoplásicas, y 4) los factores psicosociales, incluso la personalidad, la ca-

Fuente: *Cancer* 1991;67 (3, suppl. 1):808–812. Se publica con permiso. de J. B. Lippincott Company, Philadelphia, Pennsylvania, Estados Unidos de América.

[1]Presentado en el American Cancer Society's Second Workshop on Methodology in Behavioral and Psychosocial Cancer Research, Santa Mónica, California, Estados Unidos de América, 5 a 8 de diciembre de 1989.

[2]División de Ciencias de la Conducta y Educación para la Salud, Departamento de Política y Gestión de la Salud, Escuela de Higiene y Salud Pública Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, Estados Unidos de América.

pacidad de afrontamiento, el apoyo social y los temas afines. Varias revisiones recientes *(1–2)* se refieren a muchos de estos aspectos al considerar los factores del estilo de vida en relación con la iniciación y la promoción del cáncer.

LA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA

La epidemiología se ocupa fundamentalmente de describir la distribución de las enfermedades en poblaciones bien definidas y de evaluar los determinantes de la enfermedad (etiología) *(3–4)*. Kleinbaum et al. *(5)* añaden dos propósitos adicionales: predecir los futuros casos y la salud de la población y controlar la enfermedad mediante la prevención, erradicación, prolongación de la supervivencia y mejora de la calidad de vida de los pacientes. El conocimiento de la historia natural de las enfermedades y de la forma en que los factores psicológicos influyen en ella permite deducir los aspectos en los que la intervención puede modificar la evolución.

Fletcher et al. *(6)* diferenciaron los enfoques epidemiológico y clínico como sigue: 1) la epidemiología sitúa sus observaciones en el marco de grupos específicos (representatividad), 2) comprendidos todos sus miembros, hayan sido o no objeto de atención en el sistema de salud, y 3) los datos se analizan a un nivel agregado, usando 4) categorías de enfermedad que serían consideradas excesivamente amplias desde un punto de vista clínico. La epidemiología estaría más interesada en determinar 5) la frecuencia con que se produce un acontecimiento y las circunstancias en que se produce que en saber exactamente cómo tiene lugar y en 6) analizar los datos basados en poblaciones para establecer el incremento relativo o las posibilidades de que la exposición induzca enfermedad. Evidentemente, este enfoque es muy distinto de las perspectivas basadas en el individuo. El cuadro 1 compara los enfoques clínico y epidemiológico aplicados al tratamiento que reciben los factores psicosociales y de la conducta en la investigación del cáncer. Sirve como modelo global para definir los parámetros epidemiológicos esenciales, diferenciando ambas perspectivas.

El marco unificador del enfoque epidemiológico es el paradigma huésped-agente-entorno, desarrollado inicialmente para explicar los ciclos de las enfermedades infecciosas *(7)*. A fin de determinar la probabilidad de una enfermedad, es preciso estudiar simultáneamente tres influencias: 1) la sensibilidad del huésped (individuo, subgrupo o población total), 2) el agente, o aquello directamente implicado en el origen del problema, y 3) el entorno, que comprende todos los aspectos restantes de la situación y que debe ser considerado como de naturaleza dinámica. La perspectiva clínica se centra en los mecanismos de toma de decisiones orientadas hacia la enfermedad propios de las ciencias básicas y destinados a modificar el curso de esa enfermedad. Estas diferencias paradigmáticas suponen vías distintas de conceptualización y de intervención.

Un ejemplo permite demostrar estas fuentes de influencia y las diferencias que existen entre las intervenciones del enfoque de salud pública y las propias del enfoque clínico. Cuando consideramos la influencia del consumo de cigarrillos en el cáncer de pulmón, resulta evidente que todavía no conocemos la etiología en cuanto al factor patogénico último; sin embargo, las pruebas epidemiológicas son claras. Más que centrarnos en una simple relación causa-efecto, debemos considerar otros factores del medio ambiente, tales como otros tipos de exposición que puedan incrementar el riesgo de cáncer de pulmón (p.ej., la relación sinérgica entre consumo de tabaco y exposición al asbesto en la incidencia de la neoplasia). Otras exposiciones laborales podrían resultar igualmente importantes en la iniciación o promoción del proceso de carcinogénesis. El enfoque clínico incluiría una línea de interrogatorio similar, pero su objetivo sería determinar la importancia biológica de estas exposiciones en ese paciente individual. Por ejemplo, al enfrentarnos a los antecedentes

CUADRO 1. Comparación entre los enfoques clínico y epidemiológico en el estudio de las conductas relacionadas con estilo de vida en la investigación del cáncer

Aspecto	Enfoque clínico	Enfoque epidemiológico
Propósito	Determinar la aparición en los pacientes individuales	Determinar la frecuencia relativa en las poblaciones
Centro	Rasgos biológicos, de la personalidad	Interacción entre huésped, agente y entorno
Fuente de los sujetos	Series de pacientes (remisiones, ingresos)	Encuesta de pacientes, comunidad o población
Diseños	Experimental, cuasi-experimental	Observacional, analítico
Tratamiento del tiempo	Cambio, supervivencia	Retrospectivo y prospectivo, supervivencia
Métodos estadísticos	Comparación entre grupos (medias, ANOVA) con respecto a normas publicadas	Análisis del riesgo, evaluación de efectos dosis-respuesta
Fiabilidad	Ensayo-reensayo, coherencia interna	Coherencia interna, verificación de registros, sesgo de información
Validez	Criterios (fisiológicos y/o "expertos")	Sesgo de selección, factores de confusión
Generalizabilidad	?	A la población de que deriva
Inferencias	Pronóstico, restablecimiento, personalidad	Riesgo relativo, etiología, contexto social
Dirección de la prevención	Cambio individual de conducta, normas de grupo	Cambio comunitario y cultural, políticas públicas

de tabaquismo, valoraríamos informaciones equivalentes, pero el uso de los datos sería diferente. Para el epidemiólogo, sería de la mayor importancia la tasa de consumo de tabaco en la subpoblación de la que procede el caso, al igual que la comparación entre esta tasa y la de una población definida de mayor tamaño y entre las correspondientes tasas de cáncer de pulmón. Además, se analizaría el hecho de que el consumo de tabaco sea más frecuente en los sujetos de raza negra y en las personas de estratos socioeconómicos más bajos con objeto de establecer si existe un exceso de mortalidad relacionado con estos factores, sin olvidar que el acceso a la atención médica, los servicios de intervención preventiva y las estrategias de asesoramiento son menores en los subgrupos de alto riesgo. Las estrategias de prevención irían más allá del mero asesoramiento acerca de los beneficios de dejar de fumar e incluirían estrategias de tipo político para reducir el consumo de tabaco, como recomendar cambios impositivos y reducir la facilidad de acceso a los derivados del tabaco de las poblaciones más vulnerables.

FUENTES DE LOS SUJETOS

La fuente de los sujetos resalta una de las grandes diferencias existentes entre los dos métodos. Tradicionalmente, la investigación clínica (y psicológica) se basa en los pacientes que acuden a un centro dado para su tratamiento. En ausencia de obstáculos a la utilización de los servicios de salud y cuando el factor a considerar es independiente de la demanda de cuidados, las series de pacientes son un método aceptable de reclutamiento de sujetos. Muchos trabajos de la bibliografía psicológica y de la conducta relacionada con los factores de riesgo del estilo de vida y el cáncer utilizan muestras de este tipo. Sin embargo, cuando existen criterios de selección operativos que orientan de distinta forma el tratamiento de los pacientes según otras características asociadas al factor que se investiga, los sesgos pasan a ser una consideración importante. El sesgo de selección es la magnitud en que sobrevaloramos o infravaloramos el efecto (riesgo) a consecuencia de la forma en que se seleccionan los sujetos del estudio. Las fuentes principales de

sesgo de selección son: 1) grupos de comparación, comunes a casi todos los diseños de trabajos de investigación, 2) marco del muestreo, 3) seguimiento incompleto y falta de respuesta, y 4) supervivencia selectiva *(8)*. Uno de los grandes problemas es la utilización de grupos comparativos de base hospitalaria (conocido como sesgo berksoniano) *(9)*.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Al comparar el enfoque clínico y el epidemiológico o de salud pública se destacan también las diferencias de diseño. Las investigaciones de base clínica usan característicamente protocolos experimentales o diseños cuasi experimentales. Aunque en ellos es habitual emplear grupos de control, el origen y la representatividad de estos plantean frecuentes dudas. Lo más frecuente es que los pacientes sean asignados aleatoriamente a distintos tratamientos y que la comparación se haga entre las medias de los grupos en función del tiempo. En lo que se refiere a la modificación de las conductas del estilo de vida, se comparan enfoques individualizados (p.ej., asesoramiento individual en vez de asesoramiento en grupos, versus atención médica) y se controlan las tasas de abandono del hábito a lo largo del tiempo. Se observan intervenciones similares para otros factores, tales como las modificaciones de la dieta, el control del consumo de alcohol y la promoción de los ejercicios gimnásticos. Los enfoques de salud pública tienden a centrarse más en la modificación del contexto comunitario y cultural en que reside el individuo *(10)*. Para tratar estos aspectos, los datos se obtienen mediante estrategias capaces de proporcionar una información que pueda ser transcrita en forma de comparaciones entre las tasas de los que tienen y no tienen determinados factores de riesgo (y las consiguientes combinaciones). Típicamente, cuando se trata de una enfermedad rara, se emplean los estudios epidemiológicos de casos y controles *(11)*, en los que se valora el recuerdo retrospectivo de la exposición al riesgo de casos definidos y testigos seleccionados (p.ej., casos de carcinoma infiltrante de cuello uterino equiparados a una muestra aleatoria de mujeres que habitan en la misma región y de edad y raza similares *(12)*. Los estudios de cohorte observan prospectivamente una población reclutada en condiciones de base para establecer directamente los riesgos asociados con la enfermedad incidente. Este último diseño evita muchos de los sesgos asociados a los estudios de casos y controles, pero exige un tiempo y unos gastos considerables *(13)*. Los ensayos clínicos (aleatorios y no aleatorios) pueden ser considerados como subconjuntos de estudios de cohorte que permiten una evaluación más informada entre asociación y causa.

TRATAMIENTO DEL TIEMPO

Los enfoques clínicos del análisis del tiempo se centran fundamentalmente en la evaluación del cambio del funcionamiento fisiológico así como en el estado de enfermedad del paciente; también son manifiestos el recuerdo de los antecedentes o acontecimientos ocurridos. Los aspectos relativos a la supervivencia son esenciales. Los enfoques epidemiológicos del tema del tiempo adoptan perspectivas similares, pero los diseños de investigación lo tratan de una forma algo distinta. En ellos, es habitual la valoración del recuerdo retrospectivo de las exposiciones de casos y testigos para evaluar el riesgo, tanto en los estudios de casos y controles como en los prospectivos de cohorte. Una forma común de tratar el tiempo es la evaluación de la supervivencia, tanto basada en los modelos de riesgos proporcionales como en las tablas de enumeración, más simples.

MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Los métodos analíticos seleccionados para hacer las comparaciones dependen directamente del diseño y propósito de la investigación. En los informes clínicos, es frecuente comparar los grupos (tratados y no tratados;

fumadores y no fumadores) y notificar las diferencias como valores de las medias o bien comparar los resultados de una serie de pacientes con los datos normalizados publicados. La epidemiología dispone de su propio conjunto de estadísticas (razón de posibilidades, riesgo relativo, riesgo atribuible) que han sido desarrolladas para efectuar las evaluaciones de los distintos tipos de riesgo; además, la preocupación por las relaciones dosis-respuesta obliga asimismo a buscar formas alternativas de determinar las diferencias entre grupos (de ahí la variedad de métodos de ji cuadrado). En especial, en los estudios epidemiológicos se emplea con frecuencia el análisis estadístico multifactorial, a menudo mediante métodos de regresión logística, lo que refleja el marco multifactorial subyacente. En los estudios clínicos predomina el uso de métodos ANOVA y similares, como reflejo del pequeño tamaño de las muestras y también del enfoque general utilizado.

FIABILIDAD

Los métodos de ensayo-reensayo para valorar la fiabilidad (o precisión) son característicos del marco clínico, aunque preocupa la medición de la coherencia interna de las escalas de múltiples apartados. La epidemiología confía mucho más en la verificación de los registros y en la detección de los sesgos de información y la distorsión de la valoración del impacto (o riesgo) por errores de medición o clasificación errónea de los sujetos *(5)*. Los problemas surgen de la medición equivocada de la condición de exposición (cuestionario, procedimiento de entrevista o indicador mal redactados) o de la condición de la enfermedad (cualquier procedimiento diagnóstico inexacto).

VALIDEZ

La mayor parte de los criterios empleados en la investigación clínica se basan en la evaluación de la validez. Cuando se trata de determinar opciones terapéuticas importantes o valores críticos, se acude al consenso (u opinión dominante) o a los puntos límite. Por ejemplo, la investigación del funcionamiento psicológico se verifica bien a través de la puntuación otorgada por un psiquiatra, bien porque se superen unos valores preestablecidos. En la investigación epidemiológica hay dos aspectos de máximo valor: descartar el sesgo de selección y el factor de confusión. Kleinbaum et al. *(8)* han demostrado que los factores de selección pueden corregirse o evitarse, fundamentalmente mediante consideraciones del diseño o a través del análisis. En cualquier caso, puede establecerse la existencia de un sesgo de selección y determinar el impacto tanto de la magnitud como de la dirección de ese sesgo. Los sesgos de confusión aparecen cuando un factor de riesgo se ve influido por otros factores extraños (y quizás con relación causal). En general, las comparaciones entre los efectos brutos y los ajustados se hacen con el fin de comprobar si existen distorsiones.

GENERALIZABILIDAD

Hasta donde es posible generalizar a partir de una investigación clínica dependerá del factor que se investiga. Evidentemente, si las medidas estudiadas son independientes de los factores de selección de los pacientes, la generalizabilidad no tendrá límites. Sin embargo, si en la investigación se han incluido factores que puedan afectar las características de los pacientes también asociadas a las circunstancias de su remisión (p.ej., pacientes tratados en un centro oncológico), es preciso cuidar las inferencias. Una de las características de la investigación epidemiológica es que es posible generalizar directamente a la población de la que se han extraído los casos y controles o la cohorte prevalente.

INFERENCIA

El propósito fundamental del enfoque clínico radica en predecir el pronóstico del

paciente y establecer los factores que pueden dificultar su restablecimiento o funcionamiento óptimos. Las claves son el paciente individual o su tratamiento. El propósito epidemiológico es averiguar los factores de riesgo que afectan a la población en su conjunto y comparar esos riesgos en el seno de la dinámica del entorno. Aunque a veces se olvide, en el enfoque general de la epidemiología subyace siempre el hecho de que está basada en la comunidad.

ORIENTACIÓN DE LA PREVENCIÓN

La modificación de la conducta individual con el fin de reducir el riesgo o mejorar la evolución es el objetivo común del clínico y del profesional de la salud pública. La vía por la que cada uno de ellos alcanza este objetivo es, sin embargo, distinta. En la clínica suele emplearse una estrategia que consiste en modificar el comportamiento del sujeto. Los médicos dan consejos (dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol, controlar el peso y el colesterol, hacer más ejercicio) o refieren al paciente a programas formales; p.ej., SmokeEnders, AA, WeightWatchers (programa para dejar de fumar, Alcohólicos Anónimos y programa de control del peso, respectivamente), que también consideran al individuo como su objeto. Puede asegurarse la participación de los familiares o iguales; p.ej., en programas de ejercicios de rehabilitación cardíaca, pero estos serán sobre todo, formas de sostén para mantener la observancia de la recomendación. El enfoque de salud pública persigue la modificación de la conducta individual a través de intervenciones dirigidas hacia el conjunto de la comunidad. Ya sea mediante estrategias políticas (prohibición de fumar en locales públicos, en aviones o en oficinas) o a través de los medios de comunicación u otros enfoques de tipo comunitario, el objetivo es modificar las normas de la comunidad. Como vía más utilizada para promover el cambio de conducta se emplea la alteración del entorno (eliminando o reduciendo el riesgo o la exposición), puesto que se elimina la toma de decisiones o la necesidad de que el individuo modifique su comportamiento.

RESUMEN

Este artículo está limitado por la profundidad de las comparaciones presentadas. En algunos aspectos, hemos utilizado un enfoque globalizador para demostrar la utilidad de la aplicación de los métodos epidemiológicos para comprender los factores de la conducta propios del estilo de vida en la investigación del cáncer, tales como el consumo de tabaco o de alcohol y aspectos tales como la personalidad o el estilo con que se afronta la situación. La valoración del método epidemiológico y del paradigma de la salud pública demuestra las notables diferencias que existen con respecto al enfoque clínico tradicional. Ambos enfoques son esenciales para comprender la dinámica de la conducta de los pacientes y de sus riesgos de cáncer. Además, ambas perspectivas deben integrarse simultáneamente con los paradigmas psicosociales (estrés) en cuyo marco se consideran los recursos personales y sociales.

Se ha escrito mucho acerca de los factores de riesgo propios del estilo de vida y de su impacto en los riesgos de cáncer. Si revisamos las pruebas reunidas por Doll y Peto *(14)*, podremos ver que la mayor parte de los riesgos de muerte por cáncer son autoinfligidos, reflejando sobre todo el consumo de tabaco y los hábitos dietéticos. Desde luego, no hay que olvidar otros factores, como el consumo de alcohol, la conducta sexual y los riesgos laborales, pero su contribución es escasa en comparación con el tabaco y la grasa de la dieta (aunque tienen gran importancia como factores de riesgo para otros problemas de salud pública). Al revisar la información sobre intervenciones relacionadas con el tabaco y la dieta, resulta claro que hasta la fecha nuestro éxito ha sido hasta cierto punto escaso en lo que se refiere a modificar las conductas de riesgo de cáncer. Habría que investigar si este

fracaso relativo se debe a la aplicación de paradigmas incorrectos, a ingenuidad en el proceso de intervención o a la ausencia de conocimiento de las propias conductas *(15)*.

La epidemiología social, el estudio de los determinantes psicosociales del estado de salud física, reconoce que los factores sociales y culturales son de gran importancia en la etiología de las enfermedades crónicas *(16–18)*. Kasl *(19)* sugiere que la contribución de este enfoque se basa en el nivel de agregación y abstracción de los factores psicosociales y de la conducta en comparación con los factores biológicos. Por ejemplo, tal vez pueda demostrarse la asociación entre ciertos oligoelementos o componentes específicos de la dieta y una determinada respuesta biológica, pero si redujéramos nuestro interés a la "ingesta dietética", evidentemente dicha asociación permanecería oculta. Muchas de nuestras mediciones de los factores de riesgo propios de la conducta (¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día? ¿Con qué frecuencia hace usted ejercicio? ¿Qué ha comido usted durante las últimas 24 horas?) se encuentran en este nivel de agregación. Los métodos de medición más nuevos desarrollados en el proyecto de Cinco Ciudades de Stanford para el ejercicio físico podrían servir como modelo para las actividades de desarrollo que serían necesarias en la investigación de otras conductas *(20)*.

No hay duda de que nos enfrentamos al reto de diseñar mediciones fiables, válidas y sencillas de la conducta humana asociada a los riesgos de cáncer. Mediante enlaces con la medicina podremos desarrollar tales mediciones y enfoques, pero también se precisará educación por parte de las ciencias sociales. Además, otro desafío planteado en el campo de la investigación psicosocial del cáncer radica en la necesidad de integrar distintas tradiciones y paradigmas de investigación, que incluyan las ciencias médicas básicas, la psicología de la salud, la sociología médica, la antropología y la epidemiología. Esta integración fuerza nuestros conocimientos actuales y exige nuevas formas de pensar y nuevas perspectivas sobre la forma en que las personas se enfrentan y superan el cáncer.

REFERENCIAS

1. Levy SM. Host differences in neoplastic risk: Behavioral and social contributors to disease. *Health Psychol* 1983; 2:21–44
2. Holland JC. Behavioral and psychosocial risk factors in cancer. Human studies. In: Holland JC. Rowland JH. eds. Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer. New York: Oxford University Press. 1989; 705–726.
3. McMahon B. Pugh TF. Epidemiology: Principles and Methods, Boston: Little, Brown and Company, 1970.
4. Lilienfeld AM, Lilienfeld DE. Foundations of Epidemiology. New York: Oxford University Press, 1980.
5. Kleinbaum DG, Kupper LL. Morgenstern H. Epidemiologic Research. Belmont, CA: Lifetime Learning, 1982.
6. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH, Clinical Epidemiology: The Essentials. Baltimore: Williams & Wilkins, 1982.
7. Sartwell PE, Last JM. Epidemiology. In: Last JM. ed. Public Health and Preventive Medicine. New York: Appleton-Century-Crofts. 1980; 9–85.
8. Kleinbaum DG, Morgenstern H, Kupper LL. Selection bias in epidemiologic studies. *Am J Epidemiol* 1981; 113: 452–463.
9. Berkson J. Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics* 1946; 2:47–53.
10. Kasl SV. Social and psychological factors affecting the course of disease: An epidemiological perspective. In: Mechanic D, ed. Handbook of Health, Health Care, and the Health Care Professions. New York: Free Press, 1983.
11. Breslow NE, Day NE, Statistical Methods in Cancer Research, vol. 1. The Analysis of Case-Control Studies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1980.
12. Celentano DD, Klassen AC, Weisman CS, Rosenshein NB. Cervical cancer screening practices among older women: Results from the Maryland Cervical Cancer Case-Control Study. *J Clin Epidemiol* 1988; 41:531–541.
13. Breslow NE, Day NE. Statistical Methods in Cancer Research, vol. 2. The Design and Analysis of Cohort Studies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1987.

14. Doll R, Peto R. The Causes of Cancer: New York Oxford University Press, 1981.
15. Leventhal H, Cleary P. The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychol Bull* 1980; 88:370–405.
16. Cassell J. An epidemiologic perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health* 1974; 64:1040–1043.
17. Graham S, Reeder LG. Social epidemiology of chronic diseases. In: Freeman HE, Levine S, Reeder LG, eds. Handbook of Medical Sociology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1979; 71–96.
18. Sexton MM. Behavioral epidemiology. In: Pomerleau OF. Brady JP, eds. Behavioral Medicine: Theory and Practice. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979.
19. Kasl SV. Stress and health. *Annu Rev Public Health* 1984; 5:319–341.
20. Sallis JF, Haskell WL, Wood PD *et al.* Physical activity assessment methodology in the Five-City Project. *Am J Epidemiol* 1985; 121:91–106.

COMERCIALIZACIÓN SOCIAL: SU LUGAR EN LA SALUD PÚBLICA

Jack C. Ling,[1] Barbara A.K. Franklin,[1] Janis F. Lindsteadt[1] y Susan A.N. Gearon[1]

INTRODUCCIÓN

Se piensa a menudo que la comercialización social implica una contradicción de los términos y que resulta una tarea extraña para el profesional de la salud pública. Cuando la comercialización, el trabajo de vender bienes y servicios, se lleva a cabo como único objetivo (descartando cualquier consideración que no sea el beneficio) termina por chocar con los objetivos sociales de la salud pública. Sin embargo, en menos de 20 años, la comercialización social de la salud ha pasado a ser una práctica reconocida.

Los múltiples canales de comunicación de masas y los nuevos métodos de difusión del conocimiento han llegado a todas las comunidades, salvo las más remotas y aisladas. Los mensajes destinados a influir en la elección y decisión personales proceden de varias fuentes en un momento dado y, a menudo, con propósitos opuestos. La información útil llega a un número incluso mayor de personas y mejora las perspectivas de lograr una buena salud. Sin embargo, los mismos canales de información también transportan imágenes y palabras que resultan perjudiciales para la salud. El medio constantemente cambiante de las comunicaciones supone un importante trasfondo para los esfuerzos por modificar las actitudes y comportamientos de los que la comercialización social es un ejemplo. En este artículo se revisa el origen de la comercialización social, sus prácticas, sus ventajas e inconvenientes y su lugar en el futuro de la salud pública.

¿Qué es la comercialización social?

Hace 40 años, Wiebe *(67)* se preguntaba: "¿Por qué no es posible vender la solidaridad y el razonamiento como se vende jabón?" Pocos respondieron a su reto en aquella época. Desde hacía decenios la publicidad se usaba con fines sociales y las audiencias conocían a la perfección los mensajes de servicio público y las campañas que popularizaban frases tales como "El tío Sam te necesita". Sin embargo, los comerciali-

Fuente: *Annual Review of Public Health* 1992; 13:341–362. © Annual Reviews Inc., 1992. Traducido y publicado con permiso de Annual Reviews Inc., Palo Alto, California, Estados Unidos de América.

[1]International Communication Enhancement Center, Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical, Universidad de Tulane, Nueva Orléans, Louisiana, Estados Unidos de América.

zadores no se plantearon las causas sociales en términos de producto, precio y lugar hasta los años sesenta y setenta *(60)*. A finales del decenio de 1960, algunos, como Richard Manoff, aplicaban ya toda la gama de las técnicas de comercialización a la nutrición y otras campañas de educación para la salud *(49)*. La mayor conciencia social general del momento puede haber contribuido a lanzar las primeras sondas de comercialización al ruedo social. Algunos defensores del cambio aprendieron y usaron las técnicas de comercialización para proponer sus causas.

En 1971, el profesor de comercialización Philip Kotler y su colaborador, Gerald Zaltman, dieron el nombre de "comercialización social" a la aplicación de las prácticas de comercialización a objetivos sociales y sin ánimo de lucro, describiéndola como "un marco prometedor para la planificación y ejecución del cambio social" *(31)*. La comercialización social intenta persuadir a una audiencia específica, sobre todo a través de los distintos medios de comunicación, para que adopte una idea, una práctica, un producto, o las tres cosas. Es una estrategia de cambio social que reduce los hallazgos científicos a programas de acción. Combina elementos de los enfoques tradicionales y de las tecnologías de comunicación y educación actuales en el seno de un marco planificado e integrado.

La comercialización social usa el marco conceptual de la comercialización basado en las 4 P: Producto, Precio, Plaza y Promoción. Para ello, sus practicantes adoptan varios métodos procedentes de la comercialización de bienes: análisis y segmentación de la audiencia, investigación de los consumidores, conceptualización y desarrollo del producto, desarrollo y prueba piloto del mensaje, comunicación dirigida, facilitación, teoría del intercambio y uso de agentes pagados y voluntarios, e incentivos.

El análisis de la audiencia es necesario para identificar los segmentos a fin de preparar los enfoques específicos. La investigación de los consumidores proporciona datos de gran valor acerca de los deseos y necesidades de los segmentos objeto del mensaje y proporciona la base para diseñar el producto y desarrollar el mensaje. Las pruebas piloto refinan la eficacia de los productos y mensajes. Se eligen los canales mejor adaptados a los segmentos para distribuir el producto y difundir el mensaje. Los agentes pagados y voluntarios refuerzan y facilitan, mediante la comunicación cara a cara, la distribución del primero y la difusión del segundo. Los incentivos sirven para motivar a la fuerza de ventas y estimular la demanda de los consumidores. La teoría del intercambio revela las relaciones existentes entre precio y beneficio percibido.

Sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada de la comercialización social legítima. Esta falta de consenso ha contribuido a la aparición de errores de concepto en torno al papel de la comercialización social en el campo de la salud pública y probablemente ha favorecido el escepticismo y la crítica. Aunque se ha pedido a la American Marketing Association que proporcione una definición normalizada *(45)*, la declaración oficial no ha sido redactada todavía *(36)*.

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA Y EXPERIENCIAS

Bibliografía

Los comercializadores sociales han escrito muchos artículos sobre sus experiencias. Además de discutir y defender sus definiciones respectivas, se han referido a sus éxitos, a las dificultades encontradas y a las lecciones a aprender. Además, teóricos de distintos campos del conocimiento han explicado y criticado la comercialización social. La bibliografía al respecto cubre ahora cerca de 40 años, contando el reto inicial de Wiebe. Sin embargo, la mayor parte de lo escrito

pertenece a los últimos 25 años y puede clasificarse, en líneas generales, en tres períodos: teoría precoz, experiencias evaluadas y aceptación creciente.

Teoría precoz

A finales del decenio de 1960 y principios del de 1970, los teóricos intentaron definir y justificar la comercialización social frente a las críticas procedentes de todos los campos. Se plantearon cuatro preguntas básicas: ¿Qué es la comercialización social? ¿Cuál es su misión? ¿Es posible? ¿Es comercialización?

Irónicamente, rara vez se reconoce el mérito de Wiebe al responder concienzudamente a su pregunta: "La publicidad no mueve a la gente a tomar una medida unilateral. La mueve a la interacción con los mecanismos sociales . . . Lo que los científicos sociales tienden a olvidar con frecuencia cuando claman por cambios de conducta comparables a los conseguidos por los anunciantes es la importancia crucial del comercio minorista, considerado como un mecanismo social que facilita el comportamiento deseado" *(67)*. Aunque Wiebe usó el término publicidad, su insistencia en un mecanismo social adecuado y compatible y su concepto de "distancia" (el esfuerzo que los miembros de la audiencia consideran que merece el nuevo producto o comportamiento comparado con su beneficio) indican que hablaba de comercialización social (aplicación global de los métodos de comercialización a una causa social) y no solo de la publicidad social (uso de los medios de comunicación para dar publicidad a una causa social).

El debate sobre la aplicación de las técnicas de comercialización a las causas sociales se inició a finales de los años sesenta y se aceleró en el decenio de 1970, sobre todo en las revistas de comercialización. El trabajo de Martin "An Outlandish Idea: How a Marketing Man Would Save India" ("Una idea osada: cómo un experto en comercialización salvaría a la India") *(50)* abrió el camino y fue seguido por numerosas discusiones acerca de la forma en que podría ampliarse el concepto de comercialización para cubrir las necesidades de la sociedad *(2, 13, 25, 29, 34, 45)*. Lazer *(35)* propuso que la responsabilidad de la comercialización solo se cubría en parte a través de los procesos económicos, mientras que Dawson *(8)* y Lavidge *(34)* predijeron que en fecha breve el nuevo reto de los especialistas en comercialización consistiría en plantearse si el producto o servicio debería venderse o no. Kotler y Levy *(28)* propusieron la "descomercialización" para reducir la demanda de determinados productos. Con este trasfondo de interrogantes y redefiniciones en el campo de la comercialización, Kotler y Zaltman *(31)* propusieron la comercialización social como un enfoque del cambio social planificado y subrayaron sus rasgos esenciales.

No todos aceptaron con entusiasmo esta ampliación del papel de la comercialización. Luck *(45)* objetó que la sustitución de un producto tangible por un complejo conjunto de ideas y prácticas superaba con mucho el concepto de intercambio de valores, que hasta los defensores de la comercialización social aceptaban como núcleo de la disciplina. Takas *(64)* observó que el debate sobre la comercialización social permanecía ignorado o desconocido en gran parte de la comunidad financiera, para quienes el problema esencial seguía siendo la venta con lucro. Pese a todo, las nuevas ideas cimentaron y hacia 1973 varios trabajos y estudios de caso de proyectos de comercialización social comenzaron a aparecer en la bibliografía *(9, 36)*.

Experiencias evaluadas

En los últimos años del decenio de 1970 y primeros del de 1980, mientras los teóricos se peleaban, los prácticos comenzaron a aplicar con entusiasmo el nuevo enfoque a varios campos, particularmente a la planificación de la familia, y se preguntaron: ¿Funciona? ¿Cómo funciona? ¿Qué obstáculos encuentra?

Durante este período, muchos teóricos perdieron interés por las definiciones y dirigieron su atención a la acumulación creciente de datos procedentes de los esfuerzos de comercialización social *(27, 43, 44, 55)*. Vieron la luz libros que explicaban el proceso de comercialización social y daban normas de aplicación práctica, tales como *Marketing for Nonprofit Organizations* de Kotler *(26)*, *Social Marketing: A New Imperative for Public Health* de Manoff *(49)*, aplicaciones a campos específicos, como la nutrición *(24)* y estudios sobre mezcla de estrategias, canales y evaluación *(1, 4, 59)*.

En 1980, Fox y Kotler *(15)* describieron la evolución de la publicidad social hacia la comunicación social y la comercialización social. Esta última contribuía a la comunicación social con cuatro elementos: investigación de mercados, desarrollo de productos, uso de incentivos y facilitación. Sin embargo, no existía la evaluación objetiva. Por ejemplo, Bloom *(4)* deploraba la tendencia de los proyectos a usar estudios de tipo "solo después" o "antes y después" sin grupos de control, una práctica que tal vez permitiera identificar los programas fallidos, pero que no revelaría las relaciones causales entre el programa y el resultado. Los teóricos prestaron igualmente una atención cada vez mayor a las condiciones en que se desarrollaban los esfuerzos de comercialización social más afortunados y a las limitaciones y dificultades más probables.

La comercialización social de la anticoncepción proporcionó algunos éxitos tempranos y bien documentados. *Populations Reports (61)* resumió los resultados de 30 proyectos de esta naturaleza en 27 países, con una abundante bibliografía. El informe llegaba a la conclusión de que la comercialización social había logrado proporcionar protección frente al embarazo no deseado a un costo inferior al de la mayor parte de los enfoques restantes utilizados. No obstante, los paralelismos entre la comercialización social y la de bienes de consumo eran imperfectos. Rothschild *(54)*, por ejemplo, identificó diferencias problemáticas en lo referente al producto, precio, segmentación y, sobre todo, la construcción de la participación. Sugirió que la participación de la población en las causas sociales podría ser de dos modos (muy alta o muy baja), mientras que la participación en los bienes de consumo era, típicamente, intermedia, haciendo que las herramientas de promoción aplicadas a la comercialización de bienes de consumo resultaran inadecuadas para las tareas sociales.

Bloom y Novelly *(5)* presentaron una letanía de problemas a los que se enfrentaban los comercializadores en el campo de la salud pública. Citaron las dificultades siguientes: obtención de investigaciones y datos acerca de los consumidores, sobre todo de datos relacionados con la conducta; clasificación de las influencias relativas de los determinantes de la conducta; clasificación y definición de los segmentos objeto del mensaje; formulación y modelado de los conceptos simples de producto; establecimiento del precio; elección de los canales y diseño de los mensajes; métodos y materiales de las pruebas piloto; ejecución de las estrategias de posicionamiento a largo plazo, y marginación de aquellos segmentos más vulnerables y a menudo con una postura más negativa hacia el mensaje. Los problemas organizativos comprendían la escasa comprensión de las actividades de comercialización, el tratamiento de los planes como material de archivo, más que como documentos para la acción, y la "amnesia institucional".

Otros problemas surgen porque, en lugar de animar a la gente a hacer algo, como sucede en la comercialización de bienes de consumo, los encargados de la comercialización social tienden a disuadir de comportamientos que la audiencia puede encontrar atractivos o que se encuentran profundamente arraigados en ella. Solomon *(62)* llegó a la conclusión de que "no es posible aplicar globalmente los conceptos de la comercialización a las campañas sociales sin aportar grandes cantidades de reflexión y

sensibilidad". Un comercializador veterano afirmó: "es mil veces más difícil hacer la comercialización social que la de bienes de consumo empaquetados" *(15)*. La comercialización social concluyó su primer decenio con un cauto optimismo basado en una valoración más realista de sus límites y de su potencial.

Aceptación creciente

A finales de los años ochenta, la comercialización social se había convertido ya en una práctica aceptada, aunque adoptaba algunas formas nuevas y sorprendentes. No obstante, siguen sin respuesta algunas preguntas fundamentales: ¿Da lo que promete? ¿Qué impacto tiene la aplicación de la comercialización a las causas sociales? ¿Qué efecto tiene a nivel de comportamientos sostenidos? ¿Tiene una buena relación costo-eficacia? ¿Es éticamente aceptable?

Desde entonces se han publicado muchos más trabajos para orientar al comercializador social, incluyendo el extenso texto de Kotler y Roberto *(30)*. Lefebvre y Flora *(37)* revisaron el campo de la comercialización social desde la perspectiva de la promoción y educación de la salud. Para ellos, la contribución más importante ha sido la orientación hacia las necesidades del usuario, pese a barreras tales como la propensión de los programas de salud pública a estar "dirigidos por expertos". Su conclusión fue que, aunque no es una panacea, "la comercialización de la salud ofrece la posibilidad de llegar al grupo más grande posible de gente con el menor costo y con el programa más eficaz y satisfactorio para los usuarios", siempre que sus ejecutores hayan comprendido bien los conceptos y hayan dominado las técnicas. Aunque se ha producido una aceptación mayor de los principios de la comercialización en muchos campos de la salud, todavía siguen existiendo algunos críticos de sus dimensiones éticas, su impacto y su capacidad para dar lo que promete.

Dudas sobre la comercialización social

Aspectos éticos

Las dudas acerca de los aspectos éticos de la comercialización social surgieron poco después de la introducción del concepto. Ya en 1979, Laczniak et al. *(32)* sondearon a más de 300 expertos, incluyendo profesores de ética, psicología y economía, así como expertos en comercialización, y encontraron una amplia gama de preocupaciones éticas. Algunos de los respondientes temían que los comercializadores llegaran a adquirir demasiado poder, sin comprender por completo todos los aspectos de su responsabilidad. En palabras de uno de ellos: "la comercialización social podría, en última instancia, servir como forma de control del pensamiento por los que tienen el poder económico". Los expertos en comercialización fueron, en líneas generales, más condescendientes hacia la nueva disciplina, pero también tenían motivos de preocupación. Algunos temían que la población asociara la comercialización con las causas controvertidas y, en consecuencia, los considerara "neopropagandistas" (esto es, que el campo de la comercialización sufriera a consecuencia de su trato con las causas sociales). Esta última es una afirmación sorprendente, puesto que normalmente en los debates sobre la comercialización de las causas suele plantearse el problema contrario. Laczniak et al. encontraron un temor general a que la comercialización social funcionara sin control ni regulación alguna, al contrario que la educación para la salud, cuyas asociaciones profesionales prestaban gran atención a sus códigos éticos autoimpuestos.

Puesto que la publicidad es un componente clave de la comercialización, el debate sobre los aspectos éticos de la publicidad tiene cierto interés para la comercialización social. Algunos creen que los aspectos negativos de la publicidad superan con mucho los beneficios de las campañas, por muy

noble que sea la causa que las inspira. Pollay *(53)* dio cuenta del consenso de 50 expertos bien conocidos en los campos de las humanidades y de las ciencias sociales: uno de los efectos de la publicidad consiste en trivializar la experiencia real y engendrar materialismo, cinismo, ansiedad, pérdida de respeto a la edad y a la tradición, pérdida de la autoestima y preocupación por el sexo y la competencia. Holbrook *(20)* respondió que la publicidad es un espejo de las normas sociales y que refleja muchos valores generales, tales como el afecto familiar, la generosidad, el patriotismo, la anticipación positiva y la alegría. Estas opiniones contrarias probablemente surgen de evaluaciones opuestas sobre los méritos de la sociedad de consumo y de su capacidad para colmar la existencia humana.

Los educadores de la salud también han expresado sus dudas sobre la ética de la nueva disciplina. Algunas de ellas se refieren al concepto de culpar a la víctima y al debate entre persuasión y coerción, frecuente en los años setenta y ochenta *(11, 12, 18, 51, 57, 68)*. La culpabilización de la víctima tiene lugar cuando se considera a los individuos responsables de sus problemas, ocultando fuerzas institucionales y sociales sobre las que aquellos tienen escaso control (por ejemplo, la situación económica, las condiciones de trabajo, las políticas públicas y la legislación). Los esfuerzos de comercialización suelen dirigirse a los individuos y alientan el cambio individual de conducta, por lo que implícitamente consideran al individuo responsable de la solución de sus problemas.

Sin embargo, también puede argumentarse que la comercialización social es una herramienta, como el teléfono, que puede usarse para fines positivos, como la mejora de las relaciones humanas, o para fines negativos, como las llamadas obscenas. En esta revisión, consideramos la comercialización social como un instrumento, pero sus dimensiones sociales merecen, evidentemente, una constante atención.

Descalificación

Además de los problemas éticos que plantea, la comercialización social ha sido criticada por ineficaz e incluso contraproducente. Por ejemplo, Werner *(36)* criticó la importancia otorgada a los productos comerciales, afirmando que se opone a la filosofía de la potenciación de la comunidad. Según él, los fabricantes de la solución de rehidratación oral (SRO), tanto privados como gubernamentales, se negaban a aceptar una SRO basada en los cereales por miedo a alentar las mezclas caseras. Con esta perspectiva, incluso la venta de SRO crea dependencia y reduce los conocimientos potenciadores del principio del tratamiento de la diarrea.

La comercialización social también ha sido criticada por dirigirse a las audiencias incorrectas. Luthra *(46)* señaló que, en Bangladesh, los medios de comunicación de masas, como la televisión y la prensa, están disponibles principalmente para los hombres y la élite urbana. Argumenta que la tasa de alfabetización de 16% en las mujeres hace inútiles todos los carteles instructivos y los anuncios de los periódicos dirigidos a las madres. A ello añade que ciertos datos importantes acerca del uso de los anticonceptivos y sus efectos secundarios solo se difundieron cuando las ventas comenzaron a bajar porque las usuarias no estaban satisfechas. Su conclusión fue que la comercialización social no responde a las necesidades y preocupaciones de los usuarios, sino que está diseñada según las técnicas de comercialización y señales de mercado definidas por la práctica comercial occidental.

La comercialización de la información sobre la salud

En los años ochenta, la gran aceptación de la economía basada en la oferta y el reconocimiento popular del éxito de los mecanismos de comercialización durante la

segunda mitad del decenio hicieron que disminuyera el prejuicio contra la comercialización. Los términos comerciales disfrutaron de una creciente difusión, incluso en los países que tenían una planificación centralizada de la economía desde hacía muchos años. Los servicios de salud pública pasaron a ser "productos", la población se convirtió en "clientes" y "consumidores" y las organizaciones que distribuían productos se transformaron en "vendedores". Durante esos 10 años, se produjo un gran aumento de la práctica de la comercialización social de la salud, así como de la comercialización de bienes de consumo relacionados con la salud y de la comercialización de las causas.

La comercialización de bienes de consumo relacionados con la salud comenzó a finales del decenio, cuando la compañía Kellogg empleó los hallazgos del Instituto Nacional del Cancer (INC) de los Estados Unidos para vender sus cereales All Bran ricos en fibra. La Kellogg "educó" a la población, y al mismo tiempo aumentó su cuota de mercado de 36 a 42%; así se inició una importante tendencia en el mundo de la comercialización. La empresa afirmaba que después de la campaña más de 90% de los norteamericanos conocían el mensaje cáncer-fibra y lo habían oído un promedio de 35 veces. Los aspectos educativos fueron puestos en duda por Levy y Stokes *(38)*, puesto que los beneficios solo se extendieron a otros cereales ricos en fibras cuando las empresas restantes montaron sus propias campañas de educación y comercialización sobre el cáncer. Aunque las fuentes sin ánimo de lucro suelen disfrutar de mayor credibilidad que las basadas en las ganancias, la combinación Kellogg-INC tuvo tanta credibilidad como si hubiera sido una fuente sin ánimo de lucro *(19)*. En consecuencia, puede que la Kellogg aumentara su credibilidad, pero el INC ha llegado a ser mejor conocido sin costo alguno, gracias a lo que Freimuth et al. *(16)* llamaron una colaboración "seductora".

La comercialización relacionada con las causas es una mezcla similar de comercialización social y comercial. En esta estrategia, una empresa dona un porcentaje de sus beneficios a una causa, a la que de este modo proporciona experiencia de comercialización y apoyo, mientras que al mismo tiempo mejora su imagen y obtiene beneficios. Por ejemplo, a principios del decenio de 1970, el Comité de los Estados Unidos para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) colaboró con distintas compañías que anunciaban su patrocinio en su publicidad, ligando así la magnitud de sus contribuciones al volumen de ventas de sus productos. Caesar *(7)* describe otros ejemplos, como el compromiso de American Express de donar un centavo al fondo para la renovación de la Estatua de la Libertad cada vez que se utilizara la tarjeta. Durante ese período, la compañía obtuvo 1,7 millones de dólares para el proyecto de renovación e incrementó el uso de sus tarjetas en un 30%. Se necesitan estudios para medir los efectos de estas estrategias tanto en los patrocinadores corporativos como en la salud pública *(16)*.

Al comenzar los años noventa, la revisión de la bibliografía demuestra que la comercialización social ha calado mucho más en la salud pública. Aunque algunos lamentan que a menudo se utilice fragmentada y sin un sistema de procedimientos operativos, ha llegado al final de su segundo decenio con cierto grado de madurez, siendo considerada, en general, como una práctica útil, si bien todavía no enteramente comprendida por muchos profesionales de la salud.

Ejemplos de comercialización social en los países en desarrollo

Aunque la comercialización se halla estrechamente ligada a la práctica comercial de los Estados Unidos y otros países desarrollados, la práctica deliberada de la comercialización con fines de salud pública ha

encontrado su expresión más completa en los países en desarrollo. Entre finales del decenio de 1960 y primeros años del de 1970, se desarrollaron en Asia distintas actividades de comercialización social orientadas hacia la nutrición, la planificación familiar y otros proyectos de salud pública que, posteriormente, se han extendido a Africa, América Latina y Oriente Medio. Los problemas de salud pública de los países en desarrollo son tan grandes y tan urgentes, que precisan medidas a la vez inmediatas e innovadoras. Para la adopción de las prácticas de comercialización social de la salud en esos países, resulta afortunado que los escasos medios modernos de comunicación de masas de que disponen sean, por lo general, propiedad del gobierno y operados por este, por lo que en principio parecen más obligados a destinar cierto tiempo a las actividades de desarrollo social. El enorme poder, a veces en forma de monopolio, de estos medios centralizados de comunicación resultaba evidente para los profesionales de la salud pública. Los pioneros de la planificación familiar sabían que su causa era controvertida y deseaban defenderla en los distintos foros públicos, particularmente a través de los medios de comunicación. Así pues, en muchos casos ha sido la planificación familiar la que ha abierto el camino a las estrategias de comunicación más modernas, incluso las técnicas de comercialización social.

Hemos dividido en tres grupos nueve proyectos demostrativos, como ejemplos de comercialización social elegidos por su variedad de sujetos, enfoques y representación geográfica (cuadro 1). La información se basa en los documentos e informes suministrados por las organizaciones responsables de los proyectos. Las descripciones son necesariamente breves. Se aconseja a los lectores que consulten las fuentes e instituciones citadas para obtener una información más completa, incluyendo los datos estadísticos. En estos proyectos se emplearon los procedimientos habituales de la comercialización social indicados en párrafos anteriores, excepto en los casos en que se mencionan técnicas especiales. Todavía no se ha demostrado que estos ejemplos hayan producido cambios de conducta a largo plazo, por lo que no disponemos del costo de tales cambios. Para determinar su relación costoeficacia serían necesarios nuevos estudios y evaluaciones.

CUADRO 1. Ejemplos de comercialización social

Programa	Organizaciones participantes	Fecha
Productos tangibles		
Egipto - Proyecto Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas (NCDDP)	John Snow Public Health Group	1983–1988
República Dominicana - Comercialización Social de Anticonceptivos	Futures Group, AED, Doremus, Porter y Novelli, John Short Associates	1984–1989
Bangladesh - Comercialización Social de Anticonceptivos	Population Services International, Manoff Int.	1974–1987
Kenya - Promoción de Preservativos	Population Services International	1972–1974
Prácticas de salud mantenidas		
Camerún - Proyecto de Destete	CARE, Manoff Int., Educational Development Center	1985–1989
Indonesia - Proyecto de Destete	Manoff International	1984–1989
Malasia - Prevención Dadah/Drogas PEMADAM	Gobierno de Malasia	1976–vigente
Utilización de servicios		
Colombia - Cruzada Nacional de Inmunización	UNICEF, OMS, OPS	1984–1994
Filipinas - Programa Ampliado de Inmunización	HealthCOM, AED	1984

Productos tangibles

En Egipto, un programa para controlar las enfermedades diarreicas obtuvo resultados impresionantes. Un año después de iniciar la campaña, en diciembre de 1984, aproximadamente 90% de las madres encuestadas conocían el peligro de la deshidratación, mientras que en mayo de 1983 la cifra era solo de 32%; 95% conocían el tratamiento de rehidratación oral (TRO) y, de las que lo habían usado durante 1984, alrededor de 60% sabían mezclar correctamente la solución, en comparación con 25% en 1983 *(58)*.

En la República Dominicana, un programa de comercialización social puesto en práctica por Profamilia, una asociación local de planificación familiar, logró sus objetivos: mayor disponibilidad de las píldoras anticonceptivas Microgynon, mayor uso por las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos, mayor prevalencia anticonceptiva y mayor participación del sector privado, con el consiguiente aumento de lugares de venta. En colaboración con un fabricante de anticonceptivos orales, Profamilia redujo el precio de Microgynon en 50% y vendió el fármaco oral con un nuevo logotipo. Durante un período de cinco años, Profamilia obtuvo los beneficios suficientes de las ventas para amortizar todos los costos de operación y hacerse autosuficiente. Los compradores de Microgynon representaban tanto una ampliación del mercado (34% de nuevas usuarias) como un cambio de marca de las ya clientes (66%). Alrededor de 89% de las usuarias encuestadas pensaban seguir usando el producto *(17, 63)*. Igualmente espectacular resulta sin embargo, la tendencia global del mercado de anticonceptivos orales. Durante ese período de cinco años, el programa de comercialización social de anticonceptivos contribuyó a incrementar en 30% el mercado total de dichos compuestos, sin erosionar las cuotas de mercado de otros fabricantes importantes de los mismos.

Se afirma que Bangladesh tiene uno de los proyectos de comercialización social de anticonceptivos de mayor éxito. En un decenio, el programa vendió más de 130 millones de preservativos y más de 2,2 millones de ciclos de anticoncepción oral. En 1984, el proyecto atendió a más de 40% de todos los usuarios (muchos de ellos del medio rural) mediante la venta de productos de bajo precio en puntos de venta minorista y mayorista. Se utilizaron técnicas de investigación cualitativa, como las discusiones centradas de grupo y las entrevistas en profundidad, para identificar los principales focos de resistencia al uso de la anticoncepción. Los investigadores llegaron a la conclusión de que la audiencia fundamental a la que se dirigía el mensaje del programa en los medios de comunicación debían ser los hombres, puesto que eran los más opuestos, ignorantes y negados a considerar la planificación de la familia. La investigación sobre las usuarias habituales confirmó que los esposos eran una fuente importante de instrucción. Catorce meses después de iniciar la fase radiofónica de la campaña, el número de personas que creían que los métodos modernos de planificación de la familia eran inseguros había disminuido y las discusiones interpersonales sobre planificación de la familia y el reconocimiento de las ventajas económicas personales de la misma habían aumentado. Los esfuerzos de comercialización social de anticonceptivos en Bangladesh llamaron la atención de los sectores público y privado, ampliaron el mercado y aprovecharon las instituciones locales para la planificación, operación y evaluación del programa *(33, 46, 58)*.

En Kenya, la comercialización social resaltó la calidad de los preservativos Kinga a través de los medios de comunicación, destacando su diseño, envasado y precio moderado. Como canales de distribución se utilizaron los comercios habituales y distintos equipos móviles de venta que resultaron eficaces para extender el acceso de los habitantes de las áreas rurales. La campaña de

promoción tuvo un importante efecto en la práctica anticonceptiva. Entre los que respondieron a una encuesta, los usuarios habituales del método aumentaron de 21 a 35% en un año, mientras que en el grupo de control se encontraron pocos cambios. Además de promover las ventas, la campaña creó un alto nivel de identificación de marca. Al cabo de seis meses de comercialización, 85% de los hombres encuestados conocían los preservativos Kinga. De entre los que habían oído hablar de ellos, 80% pudieron describir su propósito anticonceptivo, más que su utilidad en la prevención de las enfermedades venéreas, función que había sido incluida deliberadamente en los mensajes de la campaña. Antes de recibir información acerca de estos preservativos, solo 23% de los encuestados mencionaban espontáneamente este método en relación con la anticoncepción. Después de seis meses de campaña, la cifra se había elevado a 57% *(3)*.

Prácticas sanitarias mantenidas

El proyecto de destete de Camerún indica que las técnicas de comercialización social pueden ser eficaces para reforzar la educación para la salud de base comunitaria de las áreas más remotas. Este proyecto supuso una oportunidad única de emplear dichas técnicas en condiciones extremadamente desfavorables, a causa tanto de la escasez de recursos del organismo ejecutor (una organización privada voluntaria) como del complejo entorno social y ecológico. Pese a las circunstancias desfavorables en que se realizó, el programa obtuvo ciertos resultados. La capacidad del personal de CARE para realizar estudios de investigación cualitativa y cuantitativa mejoró, se aplicaron las técnicas de comunicación adecuadas y se difundió una información simplificada que permitió mejorar el conocimiento y la práctica de la alimentación del lactante en las madres analfabetas del medio rural *(21)*.

El proyecto de destete de Indonesia se desarrolló para proporcionar soluciones de bajo costo, nutritivamente correctas y mantenibles con objeto de reducir los problemas asociados al destete. Además de la radio, los carteles y los folletos con recetas, los líderes de la comunidad y los trabajadores de salud orientaron la educación en nutrición hacia las madres. La evaluación, en la que se emplearon grupos de casos y controles, demostró que el conocimiento de los métodos de destete, las prácticas de alimentación correctas y el crecimiento de los niños habían aumentado en las comunidades que también tuvieron comunicación cara a cara con los trabajadores de salud *(47, 48)*, lo que confirma la importancia de aplicar técnicas de comercialización y no meras campañas publicitarias.

El programa de prevención Dadah/drogas (PEMADAM) de Malasia resulta excepcional, en la medida en que comercializa políticas sociales. Consiste en una amplia campaña que combina las técnicas de comercialización con otras estrategias, tales como la participación de la población a nivel comunitario y nacional, en un enfoque global de educación sobre la prevención de las toxicomanías que pretende hacer que el abuso de drogas resulte socialmente inaceptable. PEMADAM intenta instilar principios sociales a través de la comercialización social, creando eslabones entre el conocimiento de la conducta humana y la planificación social eficaz en los casos en que los temas sociales resultan críticos (65, 71).

Utilización de servicios

En Colombia, la lucha por la inmunización de todos los niños llevó a combinar las estrategias de comunicación y comercialización, la movilización de la voluntad política y el respaldo de distintos sectores de la sociedad y el despliegue de numerosos voluntarios al nivel más básico. Los líderes locales y los promotores de salud ejercieron

su influencia en la difusión de la información hacia la comunidad, a través de visitas domiciliarias. La estrategia de unir la demanda y el servicio, llamada canalización por sus autores, ayudó a incrementar la cobertura de la vacunación de 20% en 1979 a 60% de los niños menores de 1 año y a 80% de los menores de 4 años en 1984 (23). La experiencia alentó a UNICEF a establecer enfoques amplios de sus programas de vacunación en otras partes del mundo.

En el proyecto de inmunización de Filipinas, los medios de comunicación motivaron a las madres para que llevaran a sus hijos a las clínicas, a fin de recibir una educación cara a cara. Esta estrategia está progresando hacia el objetivo de lograr una cobertura de vacunación de 85% para 1993. En una muestra encuestada en 1990, la cobertura calculada de los niños de 12 a 23 meses fue de 64%. Aunque el efecto sobre la cobertura ha sido moderado, se ha observado un efecto importante en la oportunidad de la misma. El porcentaje de niños que completaron el calendario de vacunaciones antes de su primer cumpleaños aumentó de 32,2 a 56,2% en un año. Además, se apreció un notable incremento de los conocimientos de los usuarios con respecto a la vacunación, particularmente en lo que se refiere a sus aspectos logísticos. Gran parte del éxito obtenido hasta la fecha se debe a la movilización del respaldo nacional *(6)*.

En estos ejemplos demostrativos, la comercialización social ha resultado eficaz para incrementar la aceptación de productos tangibles, como los preservativos o los preparados de SRO. Sin embargo, para poder cambiar las prácticas de salud, la comercialización social debería formar parte de una estrategia más amplia que incluyera relaciones con la prestación de servicios, aprendizaje de habilidades y educación de la comunidad. Si el fin que se pretende es un cambio sostenido de la conducta, y si ese cambio tiene implicaciones estructurales, el impacto de la comercialización social *per se* será menor.

Opiniones de los profesionales

Para esta revisión, nos hemos puesto en contacto con 15 profesionales mediante una encuesta Delphi modificada. Los cinco que respondieron confirmaron los hallazgos obtenidos en los proyectos sobre productos tangibles arriba presentados. En los proyectos de planificación de la familia se ha comprobado que la comercialización social resulta particularmente eficaz para lograr la aceptación de los productos. Los programas de comercialización social de la anticoncepción han conseguido proteger a más de 8 millones de parejas de países en desarrollo, lo que representa la prevención de 1,5 a 2 millones de nacimientos anuales, o un descenso de 2% del crecimiento anual de la población mundial (P.D. Harvey, Population Services International).

Para medir el impacto, la cantidad vendida de cada anticonceptivo se convierte en parejaaños de protección (PAP). Una encuesta de 63 proyectos de planificación de la familia que comercializaron la anticoncepción y la esterilización en 10 países en desarrollo demostró que el costo de proporcionar PAP era de US$2 a 6 anuales, significativamente inferior por tanto al de otros métodos de planificación de la familia en los países estudiados *(22)*. Sin embargo, para valorar el impacto conviene usar otras mediciones, como las encuestas de población antes y después, además del costo, ya que la distribución de las ventas de anticonceptivos no siempre indica que los productos se emplean correctamente (J. Rimon, Population Communication Services).

Comprobada su eficacia en la comercialización de productos tangibles, algunos profesionales planean ahora usar la comercialización social para promocionar otros productos, como los suplementos de vitamina A contra la xeroftalmía, los antipalúdicos y la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (P.D. Harvey).

Algunos de ellos han planteado el problema del alto costo que supone desarrollar

un proyecto de comercialización social. Es evidente que si una gran parte del presupuesto se destina a contratar publicidad y envasado, generalmente a su precio de mercado, los proyectos apenas podrán mantenerse a largo plazo (J. Rimon). En estos casos, será imposible soslayar los subsidios y la asistencia técnica externas.

Los profesionales también han planteado dudas relacionadas con el costo y el acceso. Un conocido experto señaló que la comercialización social de los proyectos de planificación de la familia no es paternalista ni ofende la dignidad de los receptores, ya que los productos se compran a través de un sistema de mercado esencialmente neutro y en el que participa prácticamente la totalidad de los grupos (P.D. Harvey). No obstante, incluso los productos subvencionados, como los envases de SRO, pueden alcanzar precios próximos al salario de un día de trabajo en muchos países. Si el único eje del proyecto de comercialización social es un producto que hay que comprar, quedarán excluidos del mismo algunos segmentos de la población, generalmente los más pobres. En consecuencia, para lograr la cobertura será necesario emplear muchos enfoques, incluso la educación para la salud, la formación y la comercialización social con una escala diferencial de precios aplicable a los distintos segmentos de la población *(56)*.

Varios profesionales reclamaron la adopción de normas profesionales más estrictas, tales como un mayor grado de rigor en la segmentación de las audiencias y en la adaptación de los mensajes para producir un impacto mayor en la conducta. Estas normas exigirían el acoplamiento entre las perspectivas de mercado, que selecciona a los segmentos con mayores probabilidades de cambio, y la perspectiva de salud pública o epidemiológica, que característicamente se preocupa por las poblaciones más pobres, de mayor riesgo y menos accesibles (M. Rasmuson, Academy for Educational Development).

Las estrategias de comunicación interpersonal son muy importantes. El Estudio de Tres Comunidades de Stanford y el posterior Proyecto de Cinco Ciudades indican que las campañas de calidad en los medios de comunicación pueden informar, motivar y producir cambios, pero que la creación de habilidades, la vigilancia y la retroalimentación exigen una comunicación cara a cara *(14, 37)*. Aunque el Estudio de Tres Comunidades se cita a menudo como proyecto que emplea la comercialización social, no empleó conscientemente estas estrategias en su momento (N. Maccoby, Stanford Center for Research in Disease Prevention).

Cuando apareció por primera vez la comercialización social, sus defensores entusiastas creyeron que podría resolver muchos problemas de salud pública. Sin embargo, los profesionales, aunque piden un uso eficaz de la misma, han sido más prudentes acerca de su efecto y conscientes de los requisitos que plantea. Los análisis rigurosos y las evaluaciones objetivas de los proyectos de comercialización social ayudarían sin duda a validar la eficacia y la relación costo-eficacia de la práctica.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Ventajas del enfoque de comercialización social en la salud pública

Conocimiento de la audiencia

La comercialización social ha ejercido un efecto beneficioso en la forma en que el sector de la salud pública educa a la población y persuade a las comunidades y a los individuos para que adopten prácticas saludables. Dada la gran importancia que presta a los clientes, la comercialización social ha agudizado la importancia del público. También ha traído consigo una mayor precisión en el análisis y segmentación de las audiencias. La necesidad de utilizar datos no solo demográficos, sino también psicográficos

(actitudes, preferencias, rasgos de la personalidad) y de estructura social (iglesia, lugar de trabajo, familia) se considera cada vez más imprescindible para el diseño de los proyectos. Estos datos proporcionan una información esencial para la formulación de mensajes mejor orientados y más eficaces, consiguiendo de este modo mensajes mejor diseñados, una transmisión de los mismos más efectiva y, sobre todo, una mejor recepción por parte de la población, beneficiaria última de las medidas de salud pública.

Uso sistemático de métodos cualitativos

Los comercializadores son usuarios diligentes de métodos de enfoque de grupos y otros métodos de investigación cualitativa, que facilitan la comprensión de la información cuantitativa obtenida mediante instrumentos tales como los cuestionarios. Los educadores para la salud utilizan desde hace mucho tiempo la discusión en grupo, sobre todo para resolver los problemas de la comunidad. Sin embargo, su uso, más reciente, del enfoque de grupo para obtener las opiniones de los consumidores acerca de las campañas y productos y hacer pruebas piloto con los mensajes revela la influencia positiva de la comercialización.

Uso de incentivos

Los expertos en comercialización social emplean de manera sistemática y deliberada los incentivos y las promociones especiales, tales como concursos y competiciones, en los que se dan recompensas para atraer a los clientes hacia el lugar de venta. Este método no formaba parte habitual de los esfuerzos de motivación de los proyectos de salud pública del pasado. Los puristas podrían pensar que ofrecer una recompensa es una especie de intento de soborno, pero la competencia por la atención en el medio de un torbellino comercial explosivo ha hecho que esta práctica sea aceptable.

Mayor vigilancia

La mayor parte de los proyectos de salud pública prestan escasa atención a la vigilancia y a menudo olvidan la gestión. Los expertos en comercialización social se comprometen a hacer un seguimiento estricto de los progresos, un principio de gestión de la mayor importancia.

Uso estratégico de los medios de comunicación

El uso que los expertos en comercialización social hacen de los medios de comunicación para difundir sus mensajes a las audiencias específicas, a fin de concienciar, promover y reforzar ciertas prácticas de salud contrasta en gran medida con la utilización que la mayor parte de los proyectos de salud pública hacen de esos medios. Los proyectos de comercialización, que habitualmente comprenden el empleo intensivo y prolongado de los medios de radiodifusión, compran un tiempo específicamente dirigido a las audiencias objeto del mensaje, mientras que los proyectos de salud pública deficientemente financiados suelen depender de la generosidad de esos medios para obtener espacios gratuitos. En este último caso, los directores de los medios son los que, como su contribución a una buena causa, deciden qué mensajes emitir y cuándo hacerlo. Si la emisión se realiza a las horas de menos audiencia y solo una o dos veces al mes, difícilmente tendrá el mismo efecto que una campaña sistemática y bien dirigida.

Expectativas realistas

Aunque aceptar los riesgos forma parte del mundo comercial, los empresarios no aceptan empresas imposibles ni se lanzan a aventuras sin futuro. Los expertos en comercialización social siguen esta tradición. Sin embargo, no es raro que en el campo de la

salud pública se pida a los funcionarios que realicen un trabajo de US$10.000 y 5 personas con $500 y una persona. Estos proyectos, condenados antes de nacer, erosionan la credibilidad, lo que a su vez mina a la salud pública en su competencia con otras prioridades de desarrollo. En este aspecto, la comercialización social no puede menos que ayudar a mejorar las probabilidades de los programas de salud pública mediante unas valoraciones más realistas de los requisitos del éxito.

Tendencia a buscar lo mejor

Importancia similar tiene el hecho de que la comercialización social, que hunde sus raíces en el mundo comercial, tienda a conseguir la mejor información y los mayores talentos posibles. Esto ha servido para alertar a muchos profesionales de la salud pública, que con demasiada frecuencia se han visto obligados a aceptar trabajos de segunda clase a causa de los eternos problemas presupuestarios.

Reconocimiento del precio

Los expertos en comercialización actúan en el marco conceptual de las cuatro P, y por tanto aceptan que todo producto o comportamiento nuevo tiene un precio, aunque sea en términos de intercambio voluntario y no de dinero. Los profesionales de la salud pública han empezado a aceptar recientemente que el costo se define de muchas formas, tales como inconveniencia, costos de oportunidad e incongruencia con la cultura local. En el campo de la salud todavía persiste la idea de que si algo es bueno para tí, tienes que desearlo, pero los expertos no trabajan con tales suposiciones. De hecho, su pregunta fundamental es: "¿Cómo podemos hacer que la gente lo desee?".

Inconvenientes y aspectos negativos de la comercialización social en salud pública

Tiempo, dinero y recursos humanos

Las prácticas de comercialización exigen una gran inversión de tiempo, dinero y recursos humanos que no está al alcance de muchos organismos de salud pública. Por muy bien diseñado que pueda estar un proyecto, fracasará si no dispone de la financiación y del personal adecuados. Un acontecimiento especial destinado a generar respaldos y promover una práctica de salud exige una preparación y ejecución meticulosas; no puede dejarse solo en manos de los voluntarios.

La comercialización social continuará enfrentándose a obstáculos burocráticos, tales como calendarios imposibles, financiación insuficiente y escasez de personal. Dado que los grandes ejecutores de los proyectos de salud pública son los gobiernos, particularmente en los países en desarrollo, es de prever que muchas de estas barreras persistan. Los expertos en comercialización social deberán desarrollar métodos innovadores para superar estas dificultades y adaptarse a las realidades del desarrollo y a los impedimentos del ambiente burocrático. De lo contrario, la comercialización social sufrirá el progresivo deterioro de su papel en la salud pública.

Ausencia de elementos de comercialización

La comercialización como parte del mundo empresarial tiene muchos elementos, algunos de los cuales faltan en el campo de la salud pública. Una forma de identificar los problemas intrínsecos consiste en comparar los requisitos de la comercialización empresarial con las realidades de la comercialización social de los programas de salud pública. La ecuación comercial suele abarcar la investigación de nuevos productos, las encuestas de mercado acerca del interés de la población por

posibles productos nuevos, la fabricación de productos con el correspondiente control de calidad, la dinámica del triángulo precio-producto-necesidad y la interacción entre las redes mayorista y minorista para llevar a cabo la distribución de los productos y lograr el acceso a los mismos; las comisiones, bonos o ambos para motivar a la fuerza de ventas, el despido de los incompetentes, la bancarrota en caso de errores de gestión, los dividendos para los accionistas y la supervisión normativa del gobierno. Todos estos elementos se influyen unos a otros y cada uno de ellos sirve como contrapeso de la totalidad. En las iniciativas de salud pública faltan a menudo varios de estos componentes.

Quizás los cuatro obstáculos más grandes para el éxito de la comercialización social en el campo de la salud pública sean los distintos aspectos de las cuatro P *(52)*. La salud pública carece de la flexibilidad necesaria para ajustar sus productos y servicios a las necesidades y preferencias de sus clientes. Las empresas comerciales suelen cerrar las líneas de productos cuando estos han dejado de ser populares. Un servicio de salud pública necesario es más difícil de interrumpir. En la comercialización social, el precio, o la evaluación que los clientes hacen del costo del servicio o del producto, puede comprender factores tales como el tiempo de desplazamiento, el esfuerzo necesario, la molestia física y las consecuencias sociales de un comportamiento innovador, que puede transgredir ciertos tabúes, normas o la propia percepción del cliente de su capacidad para cambiar. Por ejemplo, el costo que para las mujeres del área rural supone llevar a sus hijos a vacunar, en términos de molestias y de esfuerzos, es el verdadero enemigo de muchos programas de inmunización. Aunque el éxito de cualquier esfuerzo de comercialización social requiere una red de puntos de venta minorista a intervalos convenientes, el número de lugares en que pueden ofrecerse productos de salud pública es limitado. La consecución de un cambio de conducta a través de un proyecto de comercialización social obliga a realizar un esfuerzo de promoción prolongado. Sin embargo, son pocos los proyectos de salud pública que disponen de los recursos suficientes para mantener las actividades de promoción a largo plazo.

¿Morirán los mensajes de salud pública y otros servicios gratuitos?

La práctica habitual de los expertos de comercialización social de comprar tiempo de radiodifusión puede tener importantes consecuencias negativas para el futuro de los mensajes de salud pública. El sector salud ha dependido durante muchos años de la cesión de espacios gratuitos por los servicios de radio y televisión. En muchos países, cuando estos medios de comunicación comenzaron a ser pagados por difundir los anuncios de las campañas de salud pública, dejaron de ceder tiempo gratuito *(39)*. Lo mismo podría ocurrir con los medios impresos. Pagar por el tiempo y el espacio supone un grave obstáculo para la tradición de la promoción gratuita de la salud pública. Una forma de comenzar a resolver este problema podría consistir en influir en las políticas de difusión gratuita de los servicios públicos.

UN ENFOQUE MÁS AMPLIO

Prácticas afines

Puesto que la comercialización social no es la única práctica existente en el campo del cambio social, resulta útil comentar otras prácticas afines de la comunicación del desarrollo, la educación para la salud y la promoción de la salud y las relaciones públicas. Aunque sus puntos de partida son distintos y cada una ha desarrollado su propio marco teórico para sus métodos de trabajo, todas alientan a la población a cambiar sus actitudes y conductas y facilitan la adopción de nuevos comportamientos. Todas tienden a adoptar enfoques eclécticos y se han beneficiado en grado variable de las aportaciones de la psicología, la antropología y la so-

ciología. De hecho, todas ellas incorporan rápidamente los aspectos que consideran valiosos.

Los especialistas de la comunicación del desarrollo tratan de la comunicación interpersonal, en grupo y mediada. Muchos de ellos proceden del mundo de la comunicación de masas; otros comenzaron en la comunicación interpersonal. Ambos grupos destacan la importancia del diálogo, sobre todo cuando se trabaja con comunidades, dada la importancia esencial de cubrir las necesidades sentidas por la población. Las estrategias de la comunicación del desarrollo comprenden ahora elementos de educación y comercialización social.

Durante decenios, la educación para la salud ha defendido el principio de la participación de la comunidad. Se espera que los educadores antepongan el interés de la comunidad en el diseño de cualquier proyecto. Para ellos, la comunicación es una habilidad y la comercialización, una herramienta. Los educadores subrayan asimismo la importancia de comprender los distintos determinantes de las conductas relacionadas con la salud. Los estudiantes de la educación para la salud de hoy deben seguir cursos de comunicación y comercialización social como parte de su formación. Como ejemplo de este solapamiento de las disciplinas, en 1982 el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud incitó a los profesionales de la educación para la salud a que adoptaran un enfoque dirigido a las personas. También pidió el fortalecimiento de las habilidades de comunicación de estos especialistas *(70)*.

Las relaciones públicas nacieron como una forma de mejorar la opinión que el público tenía acerca de ciertas instituciones e individuos. Muchos de los primeros profesionales procedían del periodismo. Su evolución ha hecho que, en la actualidad, cubran la relación con los medios de comunicación, los acontecimientos especiales, la comunicación interna y la educación de la comunidad. Muchas de las universidades que conceden diplomas en relaciones públicas ofrecen ahora cursos sobre comunicación, publicidad, periodismo y comercialización. Los especialistas en relaciones públicas no solo proyectan al público su visión de la institución o del personaje, sino que también reflejan hacia sus clientes los intereses y percepciones de la población, identificados a través de la retroalimentación, para contribuir de este modo al diseño de las políticas y estrategias que resultan beneficiosas para ambas partes. En los Estados Unidos se ha introducido recientemente un programa de acreditación para educadores en salud y expertos en relaciones públicas a fin de garantizar el cumplimiento de las normas profesionales y éticas de ambas profesiones.

La comercialización social y las prácticas afines afirman que sus enfoques respectivos son globales. Es evidente que en todas ellas existe superposición de los argumentos y metodología. Todas exigen a sus especialistas que analicen las audiencias y diseñen mensajes adaptados a segmentos específicos y todas hacen ensayos piloto de sus enfoques y materiales. Todas funcionan con los medios de comunicación social, subrayan la importancia de la investigación operativa y la recogida de datos, facilitan los cambios de conducta, practican la empatía, se orientan a sus audiencias y reconocen los principios de la participación y la potenciación *(40)*.

Una visión prospectiva

Con el advenimiento de los trastornos ligados al estilo de vida, es muy probable que la comercialización social, que depende en gran medida de los medios de comunicación, pase a desempeñar un papel cada vez mayor en la salud pública. Estos procesos, como el cáncer, las enfermedades del corazón, los trastornos psicosociales, la malnutrición y el sobrepeso, los accidentes y las enfermedades de transmisión sexual son, de hecho, transmisibles, dado el efecto que las palabras y las

imágenes tienen en la forma de vivir. Por tanto, las palabras y las imágenes son también necesarias para combatirlos. Con la explosión de la interacción y la comunicación humanas, favorecida por los más de 400 millones anuales de viajeros de los últimos años, estos procesos no deben ser considerados ya enfermedades no transmisibles, como se clasifican casi todos ellos en la actualidad, sino como verdaderas enfermedades "transmisibles" nuevas. Gracias a su disciplinado enfoque del trabajo en los medios de comunicación, la comercialización social puede y debe desarrollar una misión útil en la lucha contra estas nuevas patologías *(39)*.

Desde que la comercialización social construyó su nido en la salud pública durante los años setenta y ochenta, muchos profesionales de la salud y especialistas en desarrollo han comprendido que el cambio social es un proceso complejo y difícil. Las conductas relacionadas con la salud no pueden separarse de aspectos tales como las políticas, los compromisos, las normas sociales y los intereses imbricados de los negocios, las instituciones y algunos grupos profesionales. Cada vez es mayor el número de los especialistas en salud y desarrollo que defienden una visión más amplia de estos problemas y un enfoque más global de los mismos. A nivel internacional, la OMS y el UNICEF respaldan actualmente este enfoque más generalizador del cambio.

Promoción de la salud y la OMS

La Organización Mundial de la Salud ha pedido recientemente que se pase a la acción en la promoción de la salud, según un concepto más amplio de educación para la salud que comprende también la abogacía en favor de leyes y políticas que favorezcan la salud, la solidaridad intersectorial, las alianzas con distintas instituciones sociales, la asociación con los medios de comunicación y las estrategias de educación básica para potenciar la capacidad para actuar en defensa de la salud de las personas. El Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la OMS, ha dicho: " . . . la salud es un producto de la acción social . . . Para que haya progreso, son necesarias la participación activa de la comunidad y las políticas sociales favorables" *(69)*. El concepto en evolución en la OMS abarca los estilos de vida y otros factores sociales, económicos, medioambientales y personales que conducen a la salud.

Movilización social de UNICEF

Cuando el UNICEF lanzó su iniciativa para la Supervivencia y Desarrollo de los Niños en 1983, comprendió que había que movilizar a los distintos sectores sociales para realizar varias intervenciones baratas destinadas a salvar millones de vidas. La movilización social (SOCMOB), nombre que recibe este esfuerzo multisectorial, es un proceso para facilitar e incrementar un enfoque de los aspectos de desarrollo que pretende "escalar" desde el nivel micro al nivel nacional.

La movilización social permite a los gobiernos nacionales y a las agencias de ayuda para el desarrollo pasar más allá de la fase de proyecto de muchos programas de desarrollo. En primer lugar, pretende crear el deseo político de un cambio constructivo, y luego traducir ese deseo en la creación de políticas de servicios sociales viables y actividades capaces de cubrir las necesidades básicas.

Para que el proceso de movilización se lleve a cabo, es necesario un continuo de actividades bien investigadas, cuidadosamente orientadas y rigurosamente ejecutadas que se refuercen unas a otras. El paraguas de SOCMOB cubre la abogacía, la comercialización, los medios de comunicación, la formación, la educación de la comunidad y las formas elementales de organización.

Es frecuente que todas estas actividades sean realizadas por distintos grupos, sin una estrategia global común que considere sus

lazos de unión. No es raro que terminen como esfuerzos aislados, a veces espectaculares, que se apagan como fuegos de artificio *(42)*. El enfoque SOBMOB pretende evitar este síndrome de los fuegos artificiales.

Puesto que muchos objetivos de desarrollo suponen la consecución de grandes cambios, SOCMOB es una estrategia prometedora para los programas específicos de salud, así como para los aspectos más generales que afectan al desarrollo en su conjunto. Siempre que sea preciso, SOCMOB podrá utilizarse para generar el deseo político indispensable; también pretende lograr la participación de los individuos para conseguir la adopción de conductas positivas a nivel de la comunidad.

La comercialización ocupa un puesto en ambos enfoques, dado que los dos destacan la necesidad de comprender a la población y de adaptar las aportaciones a las necesidades específicas de las comunidades implicadas. Los elementos de la comercialización que se consideran fundamentales para la promoción de los comportamientos saludables son la investigación de mercado o de los consumidores, la calidad del producto o el servicio, la red de distribución, la imagen de producto o marca, el precio y la posibilidad de adquisición de los consumidores, el acceso, la satisfacción de los consumidores y la promoción (H.S. Dhillon, OMS). Los medios de comunicación, que desempeñan un papel tan importante en la comercialización, serían socios en el proyecto, y no meros canales de transmisión de los mensajes de salud *(41)*.

A comienzos del decenio de 1980, Fox y Kotler *(15)* predijeron que en esa década la comercialización pasaría a ser un aspecto habitual de muchas organizaciones sin fines de lucro. Así ha sucedido, desde luego, en lo que se refiere al sector de la salud. La comercialización social, que ayuda a estimular la demanda y a afinar el diseño y suministro de los mensajes y servicios de salud, ocupa una posición segura en la salud pública. Parece muy probable que los nuevos impulsos de la OMS y del UNICEF, dos de las organizaciones esenciales para el desarrollo a nivel mundial, confirmarán esta tendencia en los años por venir.

Pese a todo, la comercialización social no puede resolver por sí sola los problemas de la salud pública. En las filas de expertos existe el impulso activo por una comunicación de comercialización integrada, lo que supone incluir los enfoques de comunicación y educación. A su vez, la comercialización social podría estar moviéndose hacia un enfoque más amplio. No hace mucho tiempo, sus frustrados profesionales se quejaban de que la salud no formaba parte del dominio de la comercialización. Tal vez esto siga siendo cierto, pero también lo es que la comercialización está comenzando a formar parte del dominio de la salud con gran rapidez.

REFERENCIAS

1. Andreasen, A. 1981. *Power Potential Channel Strategies in Social Marketing*. Working paper #743. Urbana, Ill: Bur. Econ. Bus. Res. Univ. of Ill.
2. Bartels, R. 1974. The identity crisis in marketing. *J. Mark.* 38:73–76
3. Black, R. L., Harvey, P. D. 1976. A report on a contraceptive social marketing experiment in rural Kenya. *Stud. Fam. Plann.* 7:101–7
4. Bloom, P. N. 1980. Evaluating social marketing programs: Problems and prospects. In *Marketing in the 80's: Changes and Challenges*, ed. R. P. Bagozzi et al., pp. 460–63. Chicago: Am. Mark. Assoc.
5. Bloom, P. N., Novelli, W. D. 1981. Problems and challenges in social marketing. *J. Mark.* 45:79–88
6. Cabanero-Verzosa, C., Bernaje, M. G., De Guzman, E. M., Hernandez, J. R. S., Reodica, C. N., Taguiwalo, M. M. 1989. *Managing a Communication Program on Immunization*. Washington, DC: Acad. Educ. Dev.
7. Caesar, P. 1986. Cause-related marketing: The new face of corporate philanthropy. *Bus. Soc. Rev.* 59:15–19
8. Dawson, L. M. 1971. Marketing science in the age of the aquarius. *J. Mark.* 35:66–72
9. El Ansary, A. I., Kramer, O. E. 1973. Social marketing: The family planning experience. *J. Mark.* 37:1–7
10. Eliminado en las pruebas.
11. Faden, R. 1987. Ethical issues in government sponsored public health campaigns. *Health Educ. Q.* 14:27–37
12. Faden, R., Faden, A. 1980. The ethics of health education as a public health policy. In *Health Education*

Monographs, ed. B. P. Mathews, 2:5–23. Oakland, Calif: Third Party
13. Feldman, L. P. 1971. Societal adaptation: A new challenge for marketing. *J. Mark.* 35:54–60
14. Flora, J. A., Maccoby, N., Farquhar, J. W. 1989. Communication campaigns to prevent cardiovascular disease: The Stanford community studies. In *Public Communication Campaigns*. ed. R. E. Rice, C. K. Atkin, pp. 233–52. Newbury Park/London/New Delhi: Sage. 367 pp. 2nd ed.
15. Fox, K. F. A., Kotler, P. 1980. The marketing of social causes: The first 10 years. *J. Mark.* 44:24–33
16. Freimuth, V. S., Hammond, S. L., Stein, J. A. 1988. Health advertising: Prevention for profit. *Am. J. Public Health* 78:557–61
17. Green, E. C. 1987. Contraceptive social marketing of Microgynon in the Dominican Republic—Progress of the campaign. *Occasional Papers*. Washington, DC: Futures Group. 9 pp.
18. Green, L. W. 1987. Letter to the editor. *Health Educ. Q.* 14:3–6
19. Hammond, S. L. 1987. Health advertising: The credibility of organizational sources. *Communication Yearbook 10*. Beverly Hills, Calif: Sage
20. Holbrook, M. B. 1987. Mirror, mirror, on the wall, what's unfair in the reflections on advertising? *J. Mark.* 51:95–103
21. Hollis, C. *The Cameroon Weaning Project: A PVO's Use of Social Marketing Techniques*. Newton, Mass: Educ. Dev. Cent.
22. Huber, S. C., Harvey, P. D. 1989. Family planning programs in ten developing countries. *J. Biosoc. Sci.* 21:267–77
23. Hurtado, M. P. 1990. *Colombian Case Study: The National Child Survival Development Plan—The Use of Appropriate Technology*. Cali, Colombia: Minist. Health. 10 pp.
24. Israel, R. C., Foote, D., Tognetti, J. 1987. *Operational Guidelines for Social Marketing Projects in Public Health and Nutrition*. Nutr. Educ. Ser., Issue 14. Paris: UNESCO. 68 pp.
25. Kelley, E. J. 1971. Marketing's changing social/environmental role. *J. Mark.* 35:1
26. Kotler, P. 1982. *Marketing for Nonprofit Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 528 pp. 2nd ed.
27. Kotler, P. 1979. Strategies for introducing marketing into nonprofit organizations. *J. Mark.* 43:37–44
28. Kotler, P., Levy, S. J. 1971. Demarketing, yes, demarketing. *Harv. Bus. Rev.* 49:74–80
29. Kotler, P., Levy, S. J. 1969. Broadening the concept of marketing. *J. Mark.* 33:10–15
30. Kotler, P., Roberto, E. L. 1989. *Social Marketing Strategies for Changing Public Behavior*. New York: Free Press. 401 pp.
31. Kotler, P., Zaltman, G. 1971. Social marketing: An approach to planned social change. *J. Mark.* 35:3–12
32. Laczniak, G. R., Lusch, R. F., Murphy, P. E. 1979. Social marketing: Its ethical dimensions. *J. Mark.* 43:29–36
33. Laing, J. E., Walker, D. 1986. A *Reassessment of the Bangladesh USAID Social Marketing Project's Objectives and Information Needs*, pp. 36–67. Arlington, Va: Int. Sci. Technol. Inst.
34. Lavidge, R. 1970. The growing responsibilities of marketing. *J. Mark.* 34:25–28
35. Lazer, W. 1969. Marketing's changing social relationships. *J. Mark.* 33:3–9
36. Lazer, W., Kelley, E. J., eds. 1973. *Social Marketing: Perspectives and Viewpoints*. Homewood, Ill: Irwin
37. Lefebvre, C. R., Flora, J. A. 1988. Social marketing and public health intervention. *Health Educ. Q.* 15:299–315
38. Levy, A. S., Stokes, R. C. 1987. Effects of health promotion advertising campaign on sales of ready-to-eat cereals. *Public Health Rep.*
39. Ling, J. C. 1990. Communicating disease through words and images. *Dev. Commun. Rep.* 71:1–11
40. Ling, J. C. 1985. Int. Union for Health Educ. Presented at World Conf. on Health Educ., Dublin, Ireland. Cited in *HYGIE Int. J. Health Educ.* 1986. 5:22–25
41. Ling, J. C. Oct. 1984. Prescribing health communications. *Far East. Econ. Rev.* pp. 40–41
42. Ling, J. C. 1983. *Fireworks Syndrome*. Presentation at Int. Conf. on Oral Rehydration Ther., Washington, DC. Reprinted in *Dev. Commun. Rep.* 1985. 51:10
43. Lovelock, C. H., ed. 1977. *Nonbusiness Marketing Cases*, 8:378. Boston: Intercoll. Case Clearing House
44. Lovelock, C. H., Weinberg, C. B. 1977. *Cases in Public and Nonprofit Marketing*. Palo Alto, Calif: Scientific Press
45. Luck, D. J. 1969. Broadening the concept of marketing—too far. *J. Mark.* 33:53–55
46. Luthra, R. 1988. *Contraceptive Social Marketing in the Third World: A Case of Multiple Transfer*, pp. 1–24. Madison: Univ. of Wisc.
47. Manoff Group Inc. 1989. *The Indonesian Weaning Project*. Washington, DC: Manoff
48. Manoff Group Inc. 1987. *Nutrition Communication and Behavior Change Project*. Washington, DC: Manoff
49. Manoff, R. K. 1985. *Social Marketing: New Imperative for Public Health*. New York: Praeger. 293 pp.
50. Martin, N. A. 1968. The outlandish idea: How a marketing man would save India. *Mark. Commun.* 297: 54–60
51. McLeroy, K. R., Gottlieb, N. H., Burdine, J. N. 1987. The business of health promotion: Ethical issues and professional responsibilities. *Health Educ. Q.* 14: 91–109
52. Novelli, W. D. 1989. *Marketing Health and Social Issues: What Works?* Presented to Natl. Workshop on Project LEAN, Sponsored by Cent. Dis. Control and Kaiser Fam. Found.
53. Pollay, R. W. 1986. The distorted mirror: Reflections

on the unintended consequences of advertising. *J. Mark.* 50:18–36
54. Rothschild, M. L. 1979. Marketing communications in nonbusiness situations or why it's so hard to sell brotherhood like soap. *J. Mark.* 43:11–20
55. Rothschild, M. L. 1977. *An Incomplete Bibliography of Works Relating to Marketing for Public Sector and Nonprofit Organizations*, 9:577–771. Boston: Intercoll. Case Clearing House. 2nd ed.
56. Roundtable. 1990. The politics of the solution. *Links* pp. 9–15
57. Ryan, W. 1971. *Blaming the Victim.* New York: Random House
58. Sherris, J. D., Kavenholt, B. B., Blackburn, R. 1985. Contraceptive social marketing: Lessons from experience. *Popul. Rep.* 13:774–806
59. Sheth, J. N., Frazier, G. L. 1982. A model of strategy mix choice for planned social change. *J. Mark.* 46:15–26
60. Shruptine, F. K., Osmanski, F. A. 1975. Marketing's changing role: Expanding or contracting? *J. Mark.* 39:58–66
61. Social marketing: Does it work? 1980. *Popul. Rep.* 13:393–405
62. Solomon, D. 1989. A social marketing perspective on communication campaigns. In *Public Communication Campaigns*, ed. R. E. Rice, C. K. Atkin, pp. 87–104. Newbury Park/London/New Delhi: Sage. 367 pp. 2nd ed.
63. Stover, J. 1987. The impact of CSM prevalence in the Dominican Republic. *Occasional Papers.* 11 pp.
64. Takas, A. 1974. Societal marketing: A businessman's perspective. *J. Mark.* 38:2–7
65. Teh, W. M. B. P. 1980. *The Challenge of the Media in the 80s "Dadah Menace."* Malaysia: Minist. Inf. 14 pp.
66. Eliminado en las pruebas.
67. Wiebe, G. D. 1951–1952. Merchandising commodities and citizenship on television. *Public Opin. Q.* 15:679–91
68. Wikler, D. 1987. Who should be blamed for being sick? *Health Educ. Q.* 14:11–25
69. World Health Org. 1990. *A Call for Action: Promoting Health in Developing Countries.* Summ. Rep. Work. Group Health Promot. Dev. Ctries. Geneva: WHO
70. World Health Org. 1983. New approaches to health education in primary health care. *Tech. Rep. Ser.* 690:7–43
71. Yusoff, M. 1982. *Social Marketing in Malaysia—PEMADAM's Experience.* Dep. of Commun., Natl. Univ. of Malaysia. 15 pp.

PUBLICIDAD PARA TODOS EN EL AÑO 2000: IMPLICACIONES DE SALUD PÚBLICA PARA LOS PAÍSES MENOS DESARROLLADOS

Lawrence Wallack[1] *y Kathryn Montgomery*[2]

En 1978, la Declaración de Alma-Ata pedía un grado de "salud para todos" tal, que para el año 2000 permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Cuando faltan menos de 10 años para que concluya el siglo XX, no parece probable que ese objetivo vaya a cumplirse. La situación de muchos de los países menos desarrollados (PMD) resulta especialmente problemática. Las tasas de morbilidad y mortalidad siguen siendo muy altas, los recursos terapéuticos son limitados y apenas existen fondos destinados a la educación para la salud. La aparición del sida ha agravado una situación que era ya mala *(1)*. Además, muchas naciones están esforzándose hasta el límite para pagar los intereses de su deuda externa, con evidentes consecuencias para su política de salud pública y la asignación de sus recursos a aspectos sanitarios *(2)*. Cualquier intento de conseguir la "salud para todos" exigiría la creación, en estos países, de un entorno social, político y económico que facilitara la promoción de la salud y apoyara el desarrollo de políticas de salud pública eficaces.

La creación de tal entorno depende de ciertos factores relacionados, de entre los cuales destaca, sobre todo, el desarrollo económico. El desarrollo promete mejor higiene, protección contra los elementos y un mayor margen de seguridad frente a la inanición. Sin embargo, junto con la tendencia hacia el desarrollo económico ha hecho su aparición, con vigor creciente, la publicidad. La comercialización agresiva de los productos de consumo de fabricación masiva y bajo coste de los países industrializados en las naciones menos desarrolladas ha hecho surgir el debate entre los rectores políticos internacionales. Algunos argumentan que la publicidad explota a las poblaciones de los PMD y destruye las culturas autóctonas; otros afirman que desempeña un papel necesario y beneficioso y que contribuyen a la modernización y al cambio social *(3)*.

El propósito de este artículo es proporcionar una base para la discusión del impacto potencial de la publicidad en la salud pública de los países en vías de desarrollo y contribuir así a iluminar algunos aspectos de la misma.

Fuente: *Journal of Public Health Policy* 1992;13 (summer, 2):204–223. Se publica con permiso de Journal of Public Health Policy, Inc., South Burlington, Vermont, Estados Unidos de América.

[1]Profesor Adjunto y Director del Programa de Educación para la Salud Comunitaria, Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Berkeley, California, Estados Unidos de América.

[2]Directora, Centro de Educación por los Medios de Difusión, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Puesto que la publicidad está tan íntimamente relacionada con la cultura, la economía y la política de las naciones, resulta difícil discernir la totalidad de su efecto. Al mismo tiempo, conviene recordar que la publicidad es una parte de la comercialización y que esta contiene otros elementos clave, tales como la política de precios, los canales de distribución y el desarrollo de los productos y que debe ser considerada en este contexto más amplio. No obstante, la publicidad es, por sí sola, un tema importante para la salud pública y merecedora de mayor atención.

LA APARICIÓN DE LA PUBLICIDAD MUNDIAL

El gurú de los medios de comunicación, Marshall McLuhan, predijo hace 25 años que la electrónica convertiría al mundo en una "aldea global". Sin embargo, los avances del último decenio están creando un mercado global. Las empresas multinacionales están comprando sistemas de medios de difusión en todo el mundo, consolidando sus adquisiciones y homogeneizando sus servicios. Los satélites están disolviendo las fronteras nacionales mientras lanzan su programación a las distintas regiones de los Estados Unidos, de Europa, de América Latina y de Asia. MTV, la popular cadena musical de televisión, llega hoy a todas las naciones *(4)*. Los sistemas de propiedad estatal, no comerciales, se enfrentan a la dura competencia de las nuevas cadenas privadas.

La fuerza motora que impulsa estos cambios es la publicidad. La expansión de los sistemas de difusión, la proliferación de cadenas y la privatización creciente son otras tantas oportunidades hasta ahora inexistentes para los publicistas transnacionales, que descubren nuevos mercados para los productos más anunciados: alimentos procesados, refrescos gaseosos, cigarrillos, cervezas y vinos, fármacos y productos para la higiene personal. Estos bienes de consumo absorbieron entre 80 y 90% de todos los gastos de publicidad internacional *(5)*. Una revista especializada predice que, dentro de algunos años, prácticamente la totalidad de las empresas de publicidad importantes tendrán un director de medios de difusión encargado de dirigir sus operaciones en todo el mundo *(6)*.

Las nuevas tecnologías de la comunicación permiten a los publicistas sobrepasar las fronteras nacionales y prestar menos atención a las normas o valores de cada país. El resultado es una tendencia creciente hacia la comercialización y publicidad "globales". Al contrario que la mercadotecnia internacional, que intenta reflejar las distintas costumbres y normas de los países, la mercadotecnia global crea mensajes uniformes para todos.

Los PMD son uno de los objetivos más prometedores de estos publicistas globales. Constituyen las dos terceras partes de la población mundial y ofrecen un mercado relativamente virgen para los bienes de consumo de precio bajo y gran volumen de fabricación *(5)*. Aunque su carencia de recursos económicos plantea algunos retos, los publicistas están intentando asentar sus bases en estos "centros económicos nacientes". La revista *Fortune* observa: "El Tercer Mundo es un enorme mercado potencial, aunque difícil de abrir. Para convertir en consumidores a países [que se hallan] prácticamente en bancarrota hay que ser muy creativo ... y muy paciente" *(7)*. Las ganancias procederán en parte de la extensa clase media urbana de muchos PMD. Por ejemplo, se calcula que la clase media de la India está formada por 200 millones de personas, es decir, casi 14 veces la población total de Australia.

Las promesas implícitas de la publicidad resultan muy atractivas para muchos sectores de la sociedad. Para las élites, ofrece una promoción social a la vez que personal a través de la modernización y el progreso material *(8)*. Para la clase media, ofrece bienes modernos y lujosos que pueden dar una sensación de vida occidental. Para los pobres,

ofrece un breve olvido de la desesperación y la miseria al precio de un cigarrillo.

CATEGORÍAS DE LOS EFECTOS DE LA PUBLICIDAD

Los efectos de la publicidad son múltiples y afectan a todos los sectores de la sociedad. Puesto que la publicidad es solo una parte del complejo proceso de comercialización que forma parte de un entorno social, político y económico complicado, es prácticamente imposible aislar sus efectos específicos. La influencia directa e intencionada de la publicidad en las compras del consumidor podría ser solo la punta del iceberg. Podrían existir numerosos efectos no intencionados, algunos de los cuales podrían influir en las políticas, las que, a su vez, influyen significativamente en la salud pública.

Promoción de productos nocivos: el caso del alcohol y del tabaco

La forma más directa en que la publicidad puede influir en la salud pública es a través de la promoción de productos mortales o dañinos para la salud, como los fármacos, los pesticidas, el tabaco y el alcohol. En esta sección se revisarán los datos sobre el tabaco, que es el producto más estudiado, y del alcohol, que está siendo objeto de una atención creciente. El problema más importante es que la publicidad aumenta las compras y utilización de estos productos, que a su vez contribuyen a que aumente la morbilidad y la mortalidad, así como a la pérdida de productividad y a un creciente trastorno social. Se cree que uno de los efectos desfavorables más notables de la publicidad es que impide el desarrollo de los sistemas adecuados de atención sanitaria, puesto que obliga a desviar los recursos que serían necesarios para la promoción de la salud hacia el tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas prevenibles que se asocian con los productos anunciados.

La lógica de este modelo se basa en dos premisas básicas. En primer lugar, la publicidad incrementa el consumo de productos nocivos para la salud, como el alcohol y el tabaco. En segundo lugar, el uso creciente de estos productos contribuye a elevar la morbilidad, la mortalidad y toda una gama de problemas sociales. El estudio detallado de esas premisas sobrepasa el ámbito de este artículo. Sin embargo, las pruebas acerca de los efectos de la publicidad en el aumento del consumo y sobre los efectos nocivos sanitarios y sociales del alcohol y (sobre todo) del tabaco resultan convincentes para los interesados en la salud pública *(9–12)*. Además, cada día es más evidente que las limitaciones y prohibiciones a la publicidad, como parte de las políticas generales dirigidas a resolver el problema del alcohol y del tabaco, resultan eficaces *(13, 14, 15)*.

Resulta muy demostrativo que, durante ciertos períodos en que algunos países, como Canadá y Francia, han instaurado controles estrictos sobre la publicidad del tabaco y del alcohol, los PMD han sido objeto de campañas dirigidas a aumentar el consumo de estos productos potencialmente mortales *(16, 17)*. La capacidad de penetración de la publicidad y de las promociones asociadas a ella es alarmante. Las empresas tabacaleras son los mayores anunciantes de muchos países en vías de desarrollo y emplean distintas estrategias para promocionar el consumo de sus productos e incrementar el número de fumadores hasta que la costumbre esté lo bastante difundida como para transformarse en una norma social automantenida *(18, 19)*. Por ejemplo, se reparten cigarrillos en las calles y se patrocinan habitualmente numerosos acontecimientos tales como conciertos, sesiones gratuitas de cine móvil y concursos de baile. Un observador de Papua Nueva Guinea señaló:

> En la aldea más remota de la cumbre de una montaña, isla o valle, es posible identificar la

> tienda del lugar gracias a los colores alegres de los anuncios publicitarios que promocionan una u otra marca popular de cigarrillos o tabaco *(20)*.

Esta promoción penetrante y agresiva asocia el consumo de productos potencialmente dañinos con estilos de vida atractivos, explota la alienación y la desesperación de las mujeres y de los indigentes y manipula a los jóvenes impresionables. Existen pruebas suficientes para sugerir que la publicidad de estos productos incrementa su consumo. La expansión de la publicidad en los países de Asia y América Latina se ha asociado con un aumento general del hábito de fumar, especialmente en las mujeres y en los niños *(21)*. Como señaló una publicación especializada, una compañía tabacalera se hallaba particularmente complacida por el uso de un ritmo popular en una campaña de publicidad en la radio:

> Con todos los niños y los abuelos de Java tarareando la pegadiza musiquilla, la compañía ha dado en el blanco. Las ventas, afirma, están subiendo constantemente mes tras mes *(22)*.

Las empresas de bebidas alcohólicas, al igual que sus congéneres tabacaleras (que a veces son las mismas) utilizan distintas actividades de promoción, tales como el patrocinio de acontecimientos deportivos y culturales o el regalo de camisetas y cintas de video, para incrementar la aceptación y consumo de sus productos. Aunque con tácticas aparentemente no tan descaradas, también está empezando a verse el papel de las compañías transnacionales en la promoción agresiva de las bebidas alcohólicas en los países en vías de desarrollo *(23–26)*.

Hay muchas pruebas que respaldan la existencia de un nexo entre el consumo de tabaco y de alcohol y los problemas de salud. Mientras que, en general, este consumo está descendiendo en los países industrializados, en las naciones en vías de desarrollo está sucediendo lo contrario. Ya se calcula que alrededor de 3,5 millones de muertes anuales en el mundo se pueden atribuir al tabaco. Para el año 2000, se prevé que la incidencia del cáncer de pulmón llegará a 1 millón. Se espera que las consecuencias sean particularmente graves en los PMD, ya que las enfermedades causadas por el tabaco cobrarán su costo antes de que hayan podido erradicarse las enfermedades transmisibles y la malnutrición.

Las muertes relacionadas con el tabaco contribuyen ya a una proporción importante de la mortalidad general de los países en vías de desarrollo. En China, las tasas de consumo de tabaco están aumentando a un ritmo anual de 9% *(27)*. Se calcula que 50 millones de los niños chinos hoy vivos morirán en el futuro por causas relacionadas con el tabaco. En conjunto, entre 1970 y 1985, el consumo per cápita de cigarrillos aumentó en 42% en África, 24% en América Latina y 22% en Asia. El cáncer de pulmón es la forma más frecuente de cáncer mortal en Pakistán y Bangladesh *(28)*. Asimismo, casi la cuarta parte de todas las muertes de Venezuela, y la tercera parte de las de Cuba, se deben al hábito de fumar *(29)*.

La morbilidad potencial relacionada con el alcohol es igualmente alarmante. Tanto el consumo como las tasas de problemas relacionados con este producto están aumentando en muchos países en vías de desarrollo *(30)*. A diferencia del hábito de fumar, el alcohol se asocia a numerosos problemas sociales y sanitarios agudos que afectan de una manera desproporcionada a las poblaciones más jóvenes, urbanas y mejor educadas. La violencia doméstica, las lesiones, la criminalidad y el descenso de la productividad son solo algunos de los problemas relacionados con el consumo de alcohol que afectan etapas más tempranas de la vida que los relacionados con el tabaco. Si se utiliza como medida la pérdida de años de vida potencial, se puede ver que el alcohol, aunque provoca menos muertes que el tabaco, produce pérdidas mayores.

El aumento del consumo de productos adictivos o que crean dependencia, como el

alcohol y el tabaco, causa numerosos efectos secundarios en las familias, las comunidades y la sociedad. Por ejemplo, el dinero utilizado en estos hábitos se detrae del destinado a la nutrición. En Bangladesh, una persona que fuma apenas cinco cigarrillos nacionales gasta tres veces más al mes en tabaco de lo que gasta en asistencia sanitaria. Además, el dinero usado en cigarrillos contribuye a una deficiencia nutricional altamente significativa, equivalente a unas 8.000 calorías y 150 g de proteínas al mes *(31)*. En Papua Nueva Guinea, alrededor de 30% del ingreso familiar se destina a bebidas alcohólicas *(24)*.

A nivel comunitario, los gastos ocasionados por los problemas relacionados con el alcohol impiden destinar los escasos recursos a otros objetivos urgentes de salud. Chile, Guatemala, Papua Nueva Guinea y Zambia son solo algunos de los países que tienen importantes problemas sociales y de salud relacionados con el alcohol. Casi todas las naciones en vías de desarrollo carecen de fondos suficientes para la vacunación y la educación para la salud, tecnologías clave de la salud pública. El elevado coste del tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol garantizan el subdesarrollo de la atención sanitaria y otros sistemas sociales. Por ejemplo, en 1981, los trastornos asociados con el consumo de alcohol en Chile dieron lugar a una pérdida de producción equivalente al doble del dinero empleado en la educación de la población *(32)*.

Otro aspecto relacionado es la asignación de tierra para el cultivo de estos productos. Los países en vías de desarrollo producen más de la mitad del tabaco mundial en tierras que podrían dedicarse al cultivo de alimentos. En consecuencia, los campos que se usan para sembrar alimentos son más pobres, las cosechas son insuficientes y se hace necesario importar productos alimentarios. Además, casi todos los países en vías de desarrollo tienen déficit de la balanza comercial y terminan por importar más de lo que exportan. La OMS ha calculado que, en los últimos 10 años, la sustitución de los cultivos de alimentos por los de tabaco y la consecuente importación de productos alimentarios han incrementado la deuda de los países en vías de desarrollo de US$ 8.000 millones a $50.000 millones *(33)*. La disminución de la ingesta nutritiva que resulta de la asignación de tierras fértiles al cultivo de tabaco y otros productos relacionados con el alcohol podría afectar a la productividad de la futura población activa y limitar de este modo sus perspectivas de desarrollo económico *(34)*.

Por último, la asignación de tierra al cultivo de tabaco tiene consecuencias muy graves para el calentamiento mundial. El proceso de curación del tabaco es una causa importante de deforestación. En Brasil, se calcula que se queman 60 millones de árboles anualmente como combustible para la industria tabacalera *(35)* y 1 a 2% de toda la madera quemada anualmente en Kenya y Tanzania se destina a este mismo fin *(27)*. Yach informa que la deforestación asociada a la producción de tabaco produce erosión del suelo y facilita la contaminación de los ríos y arroyos locales por pesticidas y fertilizantes *(28)*.

En resumen, la publicidad se asocia a daños directos causados por el consumo específico de productos nocivos. Sin embargo, a un nivel más amplio, sus efectos indirectos trascienden al individuo y forman parte de los problemas de salud pública de la población mundial. Se ha dicho que las políticas sociales y económicas de hoy determinan los problemas de salud pública del futuro. Las "promesas" de la publicidad y el desarrollo de tipo occidental que simboliza son capaces de inducir la adopción de políticas que favorecen a las empresas multinacionales, pero que ignoran los aspectos relacionados con la salud y el bienestar. El tratamiento eficaz de la epidemia de problemas relacionados con el alcohol y el tabaco exigirá una valoración cuidadosa de los efectos potenciales de la publicidad, no solo en el comportamiento individual, sino en las políticas sociales y económicas.

Promoción de una ética del consumo

Existe un grado de preocupación sobre la publicidad que trasciende el daño relativo producido por productos específicos. Como señalan Murdock y Janus:

> Además de moldear y transformar la vida cotidiana, los anuncios de los medios de comunicación crean un entorno simbólico para su audiencia y, de este modo, refuerzan la cultura del consumismo *(36)*.

Muchos críticos creen que la presentación de estilos de vida lujosos mediante una publicidad penetrante promociona una ética del consumo que puede tener consecuencias sociales y sanitarias importantes para los países en vías de desarrollo *(3)*. Esta ética presenta la adquisición de bienes como un proceso indispensable para la identidad personal y la posición social y sugiere que el valor de las personas depende más de lo que poseen que de lo que son y contribuye a cambiar los valores culturales y las relaciones sociales. Por ejemplo, el respeto a la naturaleza puede convertirse en un deseo de controlarla con fines productivos *(37)*. Estos cambios pueden dar lugar a que se cree una desconfianza creciente y a que se reduzca la cohesión social, con un coste inevitable para la salud pública.

La degradación del medio ambiente que se ha producido a causa de la producción necesaria para satisfacer el consumo masivo de las economías occidentales, junto con la basura y los desperdicios asociados a tal consumo, son un ejemplo de los efectos potenciales a largo plazo de esa ética. A corto plazo, tales efectos pueden verse también en aspectos tan distintos como las deficiencias alimentarias secundarias a la utilización de parte de los recursos familiares en tabaco en Bangladesh o el acontecimiento, no tan raro, de que los adolescentes urbanos de los Estados Unidos sean asaltados e incluso asesinados para robar sus zapatos deportivos o sus cazadoras de marca *(38)*.

El impacto de la publicidad en una cultura es sutil y difícil de discernir. Puesto que el entorno está saturado de anuncios, es prácticamente imposible distanciarse lo suficiente para lograr una perspectiva objetiva y desapasionada de su significado y efecto *(39)*. En los países industrializados, la publicidad ha llegado a ser un elemento tan penetrante de la vida cotidiana que apenas se piensa en su influencia. En 1990, se destinaron alrededor de $300.000 millones en todo el mundo a publicidad *(40)*; esto equivale a más de $240 por persona en los países desarrollados y $6 en los países en vías de desarrollo *(5)*. A efectos comparativos, el gasto por persona en atención sanitaria fue de $1.900 en los Estados Unidos de América y de unos $5 en las naciones más pobres *(41)*.

Criticar la naturaleza de la publicidad parece implicar la crítica de los valores básicos de la propia sociedad. La ausencia de datos convincentes solo permite especular sobre la magnitud de su impacto en los valores y prácticas culturales, con controversias que se han sucedido a lo largo de los años. La experiencia de los países industrializados permite suponer cuál será el impacto potencial de la publicidad en los valores y comportamientos de los PMD.

La preocupación central de casi todos los críticos sociales es que la publicidad promueve un nivel ilimitado de consumo masivo que, a menudo, se consigue a expensas de algunas de las necesidades más básicas y de los valores más reverenciados de la sociedad. Este efecto se produce por distintas vías. Como potentes sistema de símbolos, la publicidad no solo sirve para vender un determinado producto sino que, sobre todo, tiende a crear la idea general de que la felicidad y el bienestar se asocian a la posesión de dichos productos *(37)*. La propaganda sitúa los bienes en la mente de los consumidores de una forma que tiene poco que ver con el valor práctico real de los mismos. Estimula el "quiero" reinterpretando el "necesito" de los consumidores. Como Michael Schudson ex-

plica, "la publicidad toma algunas de las cosas más queridas de la gente y las presenta como lo más valioso, asegurando que el anunciante es el defensor de esos ideales comunes" *(42)*.

Al mismo tiempo, la publicidad explota las debilidades de la gente y sugiere que los problemas personales, la ansiedad o la tristeza se solucionan con la compra del producto. Toma los problemas sociales más graves y los redefine como fracasos personales, para proponer el consumo como curación *(43)*. Por ejemplo, Coca-Cola promociona el mensaje de paz y hermandad en un anuncio de televisión en el que 1.000 niños cantan las alabanzas del refresco. Existen al menos 21 versiones diferentes de este anuncio y cada uno destaca un niño procedente de un mercado distinto *(44)*.

La publicidad achaca las causas de la desdicha al individuo y no a su relación con la sociedad. Por tanto, la solución no depende de la adquisición de poder ni del cambio social, sino de la adquisición y consumo del producto. La publicidad mantiene la falta de poder de los consumidores con la promesa continua de que ese poder se consigue con consumo del producto adecuado . . . promesa que nunca se termina de cumplir. Ello tiene implicaciones importantes para el concepto de protesta y cambio social. Un informe de la UNESCO advierte que uno de los mensajes más significativos de la publicidad es:

> El cambio social importante por el que merece la pena luchar es el aumento del consumo. El consumo proporcionará la felicidad y el sentido de realización que faltan en las condiciones sociopolíticas actuales *(35)*.

o, como explicaba un profesional de la mercadotecnia acerca del desarrollo de la campaña "Revolución Pepsi" en Brasil:

> Es la protesta a través del consumo. Al proyectar el concepto de cambio lejos de la esfera política y hacia la esfera del consumo, la publicidad consigue el control político *(36)*.

Los defensores de la publicidad argumentan que actúa como "misionera de la era tecnológica" y contribuye de muchas maneras al bienestar social y económico de la comunidad. Por ejemplo, la publicidad estimula el crecimiento económico al favorecer la competencia en el desarrollo de productos. Ello trae consigo una oferta mayor de productos más baratos y mayor capacidad de elección para el consumidor. La publicidad también educa a la población acerca de la disponibilidad de productos valiosos y de la forma de utilizarlos, al mismo tiempo que puede servir para estimular actividades pro-sociales, como la planificación familiar y el ahorro. Otro aspecto significativo de la publicidad es que genera ingresos que contribuyen a financiar los medios de comunicación y permite el uso de esos medios para otros fines positivos *(3, 5)*. La relación entre publicidad, desarrollo económico y mejores niveles de vida también se asocia a la mejora del estado de salud *(35)*, aunque esta podría depender más de la voluntad política que del desarrollo económico *(45)*.

Sin embargo, los supuestos beneficios de la publicidad están minados por sus efectos negativos, más graves. En los países en vías de desarrollo con elevados índices de miseria, la introducción de los valores y comportamientos de la cultura del consumo puede impedir la satisfacción de las necesidades básicas a cambio de la adquisición de los bienes anunciados.

> Los consumidores del Tercer Mundo pueden sentirse atraídos y ceder a determinados aspectos de un consumo llamativo antes de haberse asegurado el alimento, la vestimenta y el alojamiento adecuados. El caso más dramático de esta cultura del consumo "prematura" supone el sacrificio de la nutrición a cambio de lo que muy bien podría ser considerado como el lujo superficial de los bienes de consumo occidentales *(46)*.

Tales desviaciones del comportamiento han tenido consecuencias profundas e inquietantes; como Barnett y Miller señalan: "Crear y satisfacer deseos como los de barras de la-

bios o radios de transistores mientras las necesidades básicas se cubren cada vez menos perpetúa y complica aún más la miseria de la población de los países pobres" *(47)*. Un estudio sobre los bosquimanos de África demostró que sus propios estilos de vida se hallaban seriamente amenazados por la publicidad. En un período relativamente breve, la cultura nómada de los bosquimanos Dobe había sido sustituida por conductas orientadas hacia el mercado. Por ejemplo, adquirían demasiados bienes como para poder desplazarse libremente, el hábito tradicional de compartir había cesado e incluso las relaciones espaciales de las chozas había cambiado ... alejándose unas de otras y rodeándose de vallas *(46)*.

A menudo, la introducción a gran escala de los bienes occidentales por medio de la publicidad hace que los productos locales resulten menos atractivos, aunque de hecho sean más baratos y nutritivos. Por ejemplo, en Kenya, las ventas del jabón importado son superiores a las del producido en el país, aunque el primero es más caro y menos eficaz. Belk explica: "Ahora, los ciudadanos de Kenya prefieren el maíz refinado y los cereales de marca, más caros y menos nutritivos, a las semillas tradicionales" *(46)*. De igual modo, Janus observa: "En Brasil, la publicidad se emplea para convencer a la población de que debe pasar del café molido al café instantáneo. En toda América Latina (la compañía) Gerber's está diciendo a las madres que los alimentos infantiles comerciales son superiores a los preparados en el hogar" *(48)*.

La publicidad occidental también puede alterar de forma importante las prácticas culturales lo que, a su vez, tiene una gran influencia en la salud pública. Lori Collins afirma: "La publicidad transnacional trabaja para perpetuar los ideales y objetivos de Occidente, y sustituye así, sin esfuerzo, las identidades tradicionales de los pueblos del Tercer Mundo por una versión única, homogeneizada, de la cultura occidental que a menudo resulta totalmente inadecuada en su situación" *(8)*. El ejemplo más claro y notorio de este efecto fueron los conocidos esfuerzos de la empresa Nestlé para comercializar las leches infantiles en los países en vías de desarrollo:

> El rápido declive de la lactancia materna en el Tercer Mundo solo puede atribuirse a las agresivas campañas de promoción de las empresas transnacionales de publicidad que, a raíz del descenso de la natalidad en las naciones occidentales, comercializan las fórmulas para lactantes con fervor creciente en los países en desarrollo. Estos anunciadores presentan las fórmulas para lactantes como alternativas modernas y cómodas a la leche materna ... igualmente nutritivas, pero mucho más deseables *(49)*.

Lo que la publicidad no refiere, sin embargo, es que el uso de fórmulas para lactantes en los países en vías de desarrollo, en los que una parte importante del agua está contaminada, puede ser mortal *(8)*.

Otro impacto importante de la publicidad es que, puesto que influye a los estratos más ricos de la sociedad de los países en vías de desarrollo que, además, en muchos casos participan en la producción, comercialización y promoción de los productos occidentales, el deseo de adquirir tales productos puede modificar las prioridades nacionales hacia la adquisición de bienes más lujosos. Esta desviación puede producirse a expensas de otros bienes más necesarios. Como Belk señala:

> Puesto que solo un subgrupo pequeño y pudiente de las naciones del Tercer Mundo puede permitirse [comprar] automóviles y puesto que es probable que este subgrupo sea lo bastante poderoso como para exigir con éxito una costosa red de carreteras para esos automóviles y puesto que los gastos espectaculares en lujos tales como automóviles y transporte aéreo parecen irresistibles para las naciones en vías de desarrollo, casi todas estas naciones han sacrificado recursos valiosos en beneficio de una pequeña fracción de sus poblaciones. Ello contribuye también a incrementar las desigualdades en el país y a apartar recursos que podrían beneficiar a una parte mayor del pueblo *(46)*.

Todo lo anterior sugiere que la introducción de la publicidad en los países menos desarrollados ha tenido ya un impacto significativo en los valores y prácticas que afectan a la salud pública de los mismos. La rápida difusión de la tecnología de las comunicaciones y la creciente globalización de la publicidad podrían fácilmente exacerbar tales efectos. La intrusión de la televisión en los hogares de los pobres urbanos y rurales puede superar la barrera del analfabetismo y aportar más y más mensajes publicitarios a los segmentos más vulnerables del mundo en desarrollo *(48, 50)*.

Las leyes de protección de los consumidores promulgadas por algunos organismos internacionales y unos pocos países en vías de desarrollo solo pueden proteger a la población de las formas más agresivas y evidentemente dañinas de publicidad. El impacto sutil pero profundo de una publicidad cada vez mayor y más penetrante que hace normal un consumo excesivo no se apreciará del todo hasta dentro de muchos años.

Limitación del flujo de información sobre la salud

La publicidad influye en grado sumo en las formas en que la información sobre la salud llega a la población de los países en vías de desarrollo. Por una parte, proporciona los ingresos necesarios para financiar las empresas de comunicación de masas, y aumenta así la facilidad con que estas se pueden comunicar con su audiencia. Por otra parte, sin embargo, puede presentar datos insuficientes o inexactos, particularmente sobre productos potencialmente nocivos. También puede limitar la calidad y cantidad total de la información que se transmite sobre salud, gracias a la influencia que adquiere al financiar los medios de comunicación *(3)*.

Los medios de comunicación son una herramienta indispensable de la educación para la salud. La transmisión por radio y televisión es particularmente potente, ya que llega a las personas más pobres y menos educadas, mientras que los grupos más pudientes confían más en la prensa escrita. Ambos medios de difusión obtienen de la publicidad una parte importante de su financiación. Aunque algunos sistemas de radio y televisión de propiedad estatal no son comerciales, existe una tendencia general a la comercialización creciente de los medios de difusión de todo el mundo *(51)*. El objetivo fundamental de la publicidad es la venta de productos y la promoción del consumo entra a veces en conflicto con la función esencial de los medios de comunicación, que consiste en proporcionar la información importante.

Los propios anuncios aportan mucha información relacionada con la salud en el proceso de promoción de los productos. Por desgracia, gran parte de la misma está muy distorsionada. Los productos aparecen bajo la luz más favorable y con sus ventajas claramente expresadas. En algunos casos, como los del alcohol y el tabaco, los beneficios tienden a ser intangibles (prestigio, posición) y no relacionados con el producto. Los riesgos asociados siempre se reducen al mínimo o se ignoran por completo. Las imágenes asociadas al uso de pesticidas, alcohol y tabaco, por ejemplo, son siempre positivas y aparecen ligadas al éxito y a la riqueza. Los modelos, sanos y triunfantes, de los anuncios transmiten el mensaje básico de que el uso del producto contribuirá al bienestar y al éxito del consumidor. Por ejemplo, en casi todas las naciones en vías de desarrollo, los cigarrillos contienen más alquitrán que los de la misma marca que se venden en los países industrializados y, sin embargo, no llevan las advertencias del envase que son obligatorias en sus países de origen. De igual modo, un estudio sobre la publicidad de los pesticidas en todo el mundo revela que los anuncios no advierten sobre los riesgos, y promueven la ignorancia sobre el peligro de su empleo. Mas aún, hacen afirmaciones no probadas sobre la eficacia del producto y relacionan su uso con la promesa de mayores ingresos y prosperidad general *(52)*.

En los países en vías de desarrollo, los recursos destinados a la educación para la salud son pocos y muchos los problemas que precisarían tal educación. Ello significa a menudo que la única "educación" que reciben los consumidores sobre un producto dado no procede del personal de salud calificado, sino de los que hacen, venden y se benefician de ese producto. El casi monopolio que las empresas de publicidad ejercen sobre los canales de comunicación presenta un contraste agudo con la enorme escasez de recursos destinados a la educación.

En algunos casos, las empresas publicitarias han suprimido información que podría ser contraria a sus intereses en la promoción de ciertos productos. En los Estados Unidos, por ejemplo, los anunciadores de tabaco han conseguido reducir al mínimo los artículos sobre los riesgos del hábito de fumar en las revistas, particularmente en las destinadas al público femenino *(53–55)*. A medida que la economía mundial se concentre, aumentará la superposición de los intereses de los anunciadores. En los Estados Unidos, las dos empresas de alimentación más importantes pertenecen a las dos compañías tabacaleras más grandes, de modo que estas pueden ejercer su influencia a través de la publicidad de alimentos y de otros bienes de consumo, y no solo de los cigarrillos. Ello implica que, aun los medios de comunicación que rechazan la propaganda del tabaco, pueden estar bajo la presión de estas empresas con respecto a la presentación de temas de salud.

La capacidad de amortiguar la información relacionada con la salud puede ser incluso mayor en los países en vías de desarrollo. Morna informa que la dependencia de Zimbabwe "del tabaco para su bienestar hace que incluso la discusión de las campañas antitabaco sea un tema políticamente sensible". Otros indicios sugieren que las donaciones hechas por las empresas tabacaleras a las organizaciones comunitarias pueden hacer que estas se opongan a las medidas legislativas que limiten la disponibilidad del producto *(56)*.

Aunque la publicidad puede restringir la comunicación de información relacionada con la salud, también puede ser una fuente de financiación de mensajes positivos en los medios. El método más utilizado es la comercialización o mercadeo social, que emplea los principios de la publicidad para transmitir información sobre distintos temas, incluso la planificación familiar y la promoción de la rehidratación oral *(57)*. Aunque el mercadeo social tiene sus méritos, ha sido criticado por la comunidad de la salud pública. Algunos han puesto en duda su eficacia y afirman que los estudios de evaluación no han encontrado relación entre el mercadeo social y avances en el estado de salud. Otros han señalado que se limita a los aspectos biológicos y personales y deja de lado las causas sociales de los problemas de salud y que defiende soluciones tecnológicas más que sociales *(33)*. Incluso hay quien ha atacado la comercialización social por promover la publicidad más que la salud. Por ejemplo, un médico de Kenya afirma: "el mercadeo social hace de las personas consumidores, no protagonistas ni defensores . . . Sigue los principios básicos del mercadeo comercial y puede abrir un importante camino a este último" *(58)*.

Puesto que la publicidad se está convirtiendo en una fuente de financiación cada vez más necesaria para los medios de comunicación de los PMD, en el futuro podría llegar a tener suficiente poder como para seleccionar y moldear la información relacionada con la salud. Cuando los ingresos de los medios de comunicación procedan fundamentalmente de la propaganda, es probable que la programación se diseñe en función de los beneficios económicos y no del interés de la población. Ello podría causar grandes problemas a las campañas de educación para la salud que intenten suministrar información importante sobre productos dañinos, e incluso educación básica a la ciudadanía. Por ejemplo, en un estudio efectuado en México se compararon los efectos de la información contenida en los libros de texto con la comunicada a través de la televisión:

> Los resultados indican de manera constante que el impacto de los contenidos de la televisión comercial es mayor que el de los libros de texto escolares. Los niños mexicanos saben mucho más acerca de los argumentos de las telenovelas y de los programas de acción que sobre la historia de México, más sobre los símbolos y lemas publicitarios que sobre los símbolos de su nación, más sobre las estrellas de la pequeña pantalla que sobre los héroes nacionales *(36)*.

Una buena evaluación del impacto de la publicidad en los sistemas de información exigiría un análisis del papel que desempeña la publicidad en todo el sistema de la comunicación de masas. Sin embargo, el conflicto básico entre usar los medios para obtener los máximos beneficios económicos y usarlos para mejorar el bienestar social es esencial para la salud pública *(48)*.

DISCUSIÓN

Los aspectos relacionados con la publicidad y sus efectos adversos en la salud pública que han sido tratados en este artículo no se limitan a los países menos desarrollados, sino que, en su mayor parte, reflejan los problemas de las naciones industrializadas. Sin embargo, las potenciales consecuencias negativas de la publicidad en los PMD tiende a ser mayor dadas las condiciones subyacentes. En ellos, la información sobre los productos nocivos es limitada y las tasas de alfabetización son considerablemente inferiores. Los elevados índices de pobreza pueden hacer a la población más sensible a las promesas de alivio e inducir el desplazamiento de los escasos recursos familiares desde las necesidades básicas hacia los bienes de consumo. Además, el escaso presupuesto destinado a la educación y a la promoción de la salud no hace previsible que se pueda contrarrestar con algunos materiales racionales y lógicos los mensajes penetrantes y sofisticados de los anunciantes, que frecuentemente aluden a las emociones más profundas.

Las dificultades económicas de muchos países en vías de desarrollo hacen también que sean más vulnerables, en el sentido de que su preocupación por la generación de ingresos puede ser superior a su preocupación por la salud pública, cuando se discute el papel desempeñado por la publicidad. El argumento de que el modelo occidental de desarrollo es el más conveniente se ve reforzado por los anunciadores ... el grupo que más puede beneficiarse de ello. Como Collins señala:

> En todo el Tercer Mundo, se le está diciendo a la gente, a través de la publicidad transnacional, que para alcanzar el éxito y lograr la "felicidad" material que el Primer Mundo ha conseguido hay que parecerse más a los occidentales ... y en todo el Tercer Mundo, la gente se lo está creyendo *(8)*.

Quizás las naciones agobiadas por sus altos índices de pobreza, analfabetismo y necesidades agudas de salud como el sida, la tuberculosis, la malnutrición y la carencia de recursos sanitarios no consideren que la publicidad sea un motivo digno de preocupación.

La publicidad también debe ser considerada como parte de una orientación comercial mucho más amplia e intensiva. Tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo, los intereses de los que comercializan productos tales como alcohol, tabaco, fármacos y pesticidas pueden, con demasiada frecuencia, anular la preocupación por la salud pública. Los debates sobre el papel de la publicidad pueden ser el primer paso para tratar problemas mucho más profundos de las sociedades que solo valoran a las personas por lo barato que pueden producir una cosa y por la fruición con que pueden consumir otra.

Los expertos en mercadotecnia quieren crear condiciones favorables para el consumo y, desde luego, su preocupación por los costes sociales y sanitarios de los productos que ofrecen es mucho menor. Los profesionales de la salud pública, por otra parte, desean crear condiciones favorables para la salud.

Como hemos podido ver, la publicidad puede suponer una grave amenaza para el entorno, tanto directamente, a través de la promoción de productos nocivos, como indirectamente, al incitar un nivel de consumo cuyos efectos solo podrán conocerse en el futuro.

Uno de los principios esenciales de la salud pública es que las decisiones ajenas al sector sanitario pueden tener enormes consecuencias sobre la salud. Ello podría ser especialmente cierto en los PMD, en los que los ministerios de salud suelen ser mucho más débiles que los de economía. Esta situación hace imperiosa la necesidad de que los intereses de la salud pública estén mejor representados en las decisiones de política económica. Por ejemplo, los beneficios económicos del aumento del consumo de alcohol y tabaco son menores que los costes de los problemas de salud y las alteraciones sociales a que dan lugar.

La influencia de la publicidad debería ser objeto de interés vital para todos los involucrados en la salud pública de los PMD. La exploración de este tema tan importante acaba de empezar. Haría falta trabajar mucho más para mantenerse al día de los avances, evaluar su impacto y garantizar una presencia continuada de la salud pública en las decisiones políticas cruciales que afectan al futuro de la población de esos países.

La representación de los intereses de la salud pública en toda discusión sobre temas de mercado, como la publicidad, es importante para la promoción de la salud y el bienestar social. La salud pública estimula la planificación multisectorial y la justicia social como base para la acción. En consecuencia, proporciona un cimiento práctico y una garantía ética para dar mayor atención a la salud pública en los temas relacionados con la publicidad.

Agradecimiento. Lori Dorfman, Jeffrey Chester, Kitty Corbett y Linda Nettekoven nos proporcionaron sus apreciados comentarios a los primeros borradores de este artículo. La elaboración del mismo fue patrocinada en parte por la Organización Mundial de la Salud y su redacción se hizo mientras el primer autor vivía un año sabático en el Instituto de Investigación de Oregón, en Eugene (Estados Unidos de América). El apoyo de este Instituto fue fundamental para terminar este trabajo y los autores lo reconocen con agradecimiento.

REFERENCIAS

1. Hilts, P. "Poorer Countries Are Hit Hardest by Spread of AIDS, UN Reports," *New York Times,* June 13, 1990.
2. United Nations Children's Fund. *The State of the World's Children,* 1990, Oxfordshire, UK: Oxford University Press, 1990.
3. International Commission for the Study of Communication Problems. *Many Voices, One World.* (UNESCO.) New York, NY: Unipub, 1980. (Also known as the McBride Report.)
4. Knoedelseder, W. "MTV Goes Global," *Los Angeles Times,* December 18, 1988.
5. Baudot, B. *International Advertising Handbook.* Lexington, MA: D.C. Heath and Company, 1989.
6. Mandese, J. "They've Got the Whole World in Their Hands," *Marketing and Media Decisions,* June 1988.
7. Kraar, L. "How to Sell to Cashless Buyers," *Fortune,* November 7, 1988, pp. 146–54.
8. Collins, L. "Advertising in the Third World: The Promotion of Cultural Dependency," University of Windsor, Department of Communications, Canada, mimeo, September 1987.
9. Tye, J., Warner, K., and Glantz, S. "Tobacco Advertising and Consumption: Evidence of a Causal Relationship," *Journal of Public Health Policy* 8 (1987): 492–508.
10. Roberts, M., and Samuelson, L. "An Empirical Analysis of Dynamic, Non-price Competition in an Oligopolistic Industry," *RAND Journal of Economics* 19 (1988): 200–20.
11. Seldon, B., and Doroodian, K. "A Simultaneous Model of Cigarette Advertising: Effects on Demand and Industry Response to Public Policy," *The Review of Economics and Statistics* LXXI (1989): 673–77.
12. Toxic Substances Board. *Health or Tobacco: An End to Tobacco Advertising and Promotion.* Department of Health, Wellington, New Zealand, 1989.
13. "Tobacco Advertising: The International Experience," Coalition on Smoking or Health, Washington, DC, no date.
14. Bjartvelt, K. "Fifteen Years of Comprehensive Legislation: Results and Conclusions," paper presented

at the Seventh World Conference on Tobacco and Health, Perth, Australia, April 1990.
15. Saffer, H. "Alcohol Advertising Bans and Alcohol Abuse: An International Perspective," Working Paper No. 3052, National Bureau of Economic Research, Inc., Cambridge, MA., July 1989.
16. Ibrahim, Y. "French Plan to Restrict Ads: Less Wine and No Smoking," *New York Times*, March 29, 1990.
17. Lipman, J. "French Plan to Ban Tobacco Ads Cheers Advocates of Same in US," *Wall Street Journal*, March 30, 1990.
18. Tobacco Scandal in Third World," *The Sunday Times* (London), May 13, 1990.
19. Stebbins, K. "Tobacco or Health in the Third World: A Political Economy Perspective with Emphasis on Mexico," *International Journal of Health Services* 17 (1987):521–36.
20. ToVadek, M., and Jamrozik, J. "Tobacco Advertising in Developing Countries—Experience in Papua New Guinea," pp. 629–34 in Forbes, W., Frecker, R., and Nostbakken, D., eds. *Proceedings of the Fifth World Conference on Smoking and Health*, Winnipeg, Canada, Canadian Council on Smoking and Health, 1983.
21. Chapman, S., and Wong, W. *Tobacco Control in the Third World: A Resource Atlas.* International Organization of Consumers Unions, Penang, Malaysia, 1990.
22. Chapman, S. *Great Expectorations: Advertising and the Tobacco Industry.* London: Comedia Publishing Group, 1986.
23. Walsh, B., and Grant, M. *Public Health Implication of Alcohol Trade and Production.* WHO Offset Publication No. 88, Geneva, 1985.
24. Casswell, S. *Alcohol in Oceania.* Alcohol Research Unit, Auckland, New Zealand, 1986.
25. McBride, R., and Mosher, J. "Public Health Implications of the International Alcohol Industry: Issues Raised by a World Health Organization Project," *British Journal of Addiction* 80 (1985): 141–147.
26. Cavanagh, J., and Clairmonte, F. *Alcoholic Beverages: Dimensions of Corporate Power.* New York, NY: St Martin's Press, 1985.
27. Chandler, W. "Banishing Tobacco," Worldwatch Institute Paper No. 68, Washington, DC., 1986.
28. Yach, D. "The Impact of Smoking in Developing Countries with Special Reference to Africa," *International Journal of Health Services* 16 (1986): 279–92.
29. Masironi, R. "Smoking Trends Worldwide," p. 67 in *Abstracts, Seventh World Conference on Tobacco and Health.* Perth, Australia, April 1990.
30. Grant, M. "Establishing Priorities for Action," in Grant, M., ed. *Alcohol Policies.* World Health Organization Regional Publications, European Series No. 18, 1985.
31. Cohen, N. "Smoking, Health, and Survival: Prospects for Bangladesh," *The Lancet* (May 16, 1981): 1090–93.
32. Curry, R. "A Framework for National Alcohol Programmes in Developing Countries," *British Journal of Addiction* 82 (1987): 721–26.
33. Warner, D. "Health for No One by the Year 2000: The High Cost of Placing 'National Security' Before Global Justice," talk delivered at the 16th Annual International Health Conference, National Council for International Health, Arlington, VA, June 1989.
34. Curry, R. "Alcohol Demand and Supply Management in Developing Countries," *British Journal of Addiction* 83 (1988): 31–34.
35. Gallagher, J. "Deterrents to Health in Developing Countries," pp. 247–54 in W. Holland, R. Detels, and G. Knox, eds. *Oxford Textbook of Public Health: History, Determinants, Scope, and Strategies, Vol. 1.* New York: Oxford University Press, 1984.
36. Murdock, G., and Janus, N. "Mass Communication and the Advertising Industry, Reports and Papers on Mass Communication," Number 97 Paris: UNESCO, 1984.
37. Barnouw, E. *The Sponsor.* New York: Oxford University Press, 1978.
38. Telander, R. "Senseless," *Sports Illustrated*, April 1990.
39. Pollay R. "Quality of Life in the Padded Sell: Common Criticisms of Advertising's Cultural Character and International Public Policies," *Current Issues & Research in Advertising* 9 (1986): 173–250.
40. Rothenberg, R. "Slow Growth Projected for Spending," *New York Times*, June 15, 1990.
41. UN Group Seeks Money for Health," *New York Times*, May 2, 1990.
42. Schudson, M. *Advertising: The Uneasy Persuasion.* New York: Basic Books, 1984.
43. Lasch, C. *The Culture of Narcissism.* New York: Warner Books, 1979.
44. Hill, J., and Winski, J. "Goodbye Global Ads: Global Village is Fantasy Land for Big Marketers," *Advertising Age*, November 16, 1987.
45. Balasubramaniam, K. "Issues of Health Services for the Consumer in Third World Countries," *Journal of Consumer Policy* (Netherlands) 12 (1989): 309–31.
46. Belk, R. "Third World Consumer Culture," *Research in Marketing, Supplement* 4, (1988): 103–27.
47. Barnett, R., and Miller, R. *Global Reach: The Power of the Multinational Corporation.* New York, NY: Simon & Schuster, 1974.
48. Janus, N. "Transnational Advertising: The Latin American Case," pp. 137–42 in G. Gerbner and M. Siefert, eds. *World Communications: A Handbook.* New York, NY: Longman, 1984.
49. Gilly, M., and Graham, J. "A Macroeconomic Study of the Effects of Promotion on the Consumption of Infant Formula in Developing Countries," *Journal of Macromarketing* 8 (1988): 21–31.
50. Lull, J., ed. *World Families Watch Television.* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988.

51. Head, S.W. *World Broadcasting Systems: A Comparative Analysis.* Belmont, California: Wadsworth, 1985.
52. Pesticides Trust. *The FAO Code: Missing Ingredients Final Report.* London, October 1989.
53. Warner, K. "Cigarette Advertising and Media Coverage of Smoking and Health," *New England Journal of Medicine* 312 (1985): 384–88.
54. Weis, W., and Burke, C. "Media Content and Tobacco Advertising: An Unhealthy Addiction," *Journal of Communication* 36 (1986): 45–69.
55. Minkler, M., Wallack, L., and Madden, P. "Alcohol and Cigarette Advertising in MS Magazine," *Journal of Public Health Policy* 8 (1987): 164–79.
56. Morna, C. "Zimbabwe's Tobacco Addiction," *Multinational Monitor* 8 (1987): 12–14.
57. Kotler, P., and Robert, E. *Social Marketing: Strategies for Changing Public Behavior.* New York, NY: Free Press, 1989.
58. Schuftan, C. "Health Still for Only Some by the Year 2000?," *Journal of Tropical Pediatrics* 35 (1989): 197–98.

ABOGACÍA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: UNA ESTRATEGIA PARA POTENCIAR A PERSONAS Y COMUNIDADES

Lawrence Wallack[1]

INTRODUCCIÓN

Una alumna de octavo grado de Pojoaque, Nuevo México, un médico de familia de Davis, California, y una red de defensores del control del tabaco de todo el país creen firmemente en el poder de los medios de comunicación para promover los objetivos de la salud pública. Todos ellos han enfrentado a los poderosos "fabricantes de enfermedad" *(1)* y, gracias a una utilización creativa de los medios de comunicación, han logrado sus propósitos. En Pojoaque, un proyecto escolar para combatir el abuso de sustancias psicoactivas se convirtió en una batalla para eliminar las vallas publicitarias de bebidas alcohólicas de la vecindad de la escuela. La combinación de la organización comunitaria y el poder de la prensa convirtió a la jovencita en un nuevo David, matador de gigantes, y logró eliminar los anuncios. En Davis, un médico preocupado por la facilidad con que los niños podrían matarse unos a otros al confundir las pistolas auténticas con las de juguete, combinó la investigación científica con un tema que la prensa no pudo resistir: centrar la atención de la población en la necesidad de efectuar un cambio político. Uno de los resultados a corto plazo es que resulta difícil hoy día encontrar ciertas pistolas de juguete en las tiendas de California. Los defensores de las medidas de control del tabaco desarrollaron con éxito una estrategia en los medios de comunicación para contrarrestar la "Gira de la Declaración de Derechos" auspiciada por Philip Morris. El sueño de las relaciones públicas de la empresa tabacalera se convirtió en pesadilla cuando los defensores lograron dar otra visión del tema en los medios de difusión y lo convirtieron en una historia de salud y enfermedad.

La experiencia de estas personas forma parte de los cimientos de un enfoque nuevo y creativo que usa los medios de comunicación como herramienta de defensa y protección (abogacía). Lo que aprendieron, y lo que mucha otra gente está aprendiendo a lo largo de todo el país, es que el poder de la prensa puede utilizarse para promocionar cambios en el entorno social. Se han apartado de las campañas de educación de la población tradi-

Fuente: *Journal of Public Health Policy* 1994;2(winter):420–436. Se publica con permiso de Journal of Public Health Policy, Inc., South Burlington, Vermont, Estados Unitos de América.

[1]Profesor y Director, Grupo de Estudios de los Medios de Difusión, Departamento de Servicios Comunitarios de Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Berkeley, California, Estados Unidos de América.

cionales que comunican mensajes relacionados con la salud, y han desarrollado una "voz" para reclamar el poder. La abogacía en los medios de comunicación puede llegar a ser un medio de importancia considerable para afectar a la opinión pública, ya que se dirigen directamente a los sectores influyentes y ejercen presión sobre los responsables de las decisiones. La abogacía en los medios de difusión es una táctica que los grupos comunitarios pueden emplear para referir directamente su propia versión en sus propias palabras a fin de promover el cambio social. Es una herramienta híbrida que combina métodos de abogacía con el uso moderno y estratégico de los medios de difusión para *presionar* a los responsables a fin de que apoyen los cambios para establecer políticas públicas más saludables.

Tradicionalmente, los medios de comunicación han presentado los temas de salud en términos médicos, concentrándose en los hábitos personales, los milagros de la medicina, las heroicidades de los médicos o los descubrimientos tecnológicos *(2–6)*. Presentan, sobre todo, los tratamientos curativos de alta tecnología y los cambios de comportamiento preventivos de baja tecnología. Los medios más influyentes olvidan de forma casi sistemática los factores sociales, económicos y políticos que determinan la salud. La abogacía en los medios de comunicación intenta cambiar esta situación y subraya las raíces sociales y económicas, en vez de las individuales y conductuales, de los problemas.

La investigación efectuada en el campo de la salud pública indica que, aunque el equilibrio entre iniciativas es necesario, el cambio político es un elemento clave para promover los objetivos de la salud. Los estudios más recientes sobre salud pública y comunicación de masas revelan claramente que ha llegado el momento de desplazar el peso de nuestros esfuerzos y usar los medios de difusión para promover el cambio social antes que el individual, para promover políticas de salud antes que información sobre salud, para dar a las comunidades voz y voto en la definición y ejecución de los aspectos de salud pública que les conciernen antes que transmitir mensajes al individuo sobre su salud personal. Como es lógico, la entrega de información clara y exacta acerca de los factores de riesgo y los cambios del comportamiento a través de las campañas de educación de la población debe seguir formando parte del entorno de los medios publicitarios. Sin embargo, la investigación señala que es adecuado y necesario que la salud pública se traslade desde las mesas de asuntos de interés público a las de los noticieros y forjadores de opinión.

Los defensores de la salud están logrando que se preste una atención cada vez mayor a temas tales como la violencia, el alcohol, el tabaco y la infección por el VIH *(4)*. Los medios de comunicación aman las noticias sobre la salud pública porque permiten combinar historias personales con problemas sociales y políticos de mayor enjundia. Las iniciativas comunitarias han demostrado claramente que los grupos locales pueden obtener acceso a los medios de difusión, reorientar los temas para destacar sus aspectos políticos y proponer ideas para el cambio político.

FALTA DE INFORMACIÓN O FALTA DE PODER

Las formas tradicionales de intervención en los medios de comunicación se basan en la teoría de la "falta de información", según la cual las personas que tienen un problema o que corren el riesgo de tener un problema carecen de información. Las campañas de educación de la población proporcionan información para llenar este vacío. Por otra parte, la abogacía en los medios de comunicación se centra en la "falta de poder", y considera que los problemas de salud se deben a la imposibilidad de definir el problema y de crear el cambio social. Su diana es la falta de poder. Por ello, intenta inducir la participación social y política masiva, más que los cambios de los comportamientos personales relacionados con la salud.

Los medios de comunicación refuerzan periódicamente la opinión de que los temas de salud son problemas personales y no sociales o comunitarios *(7, 8)*. La definición de un problema como de carácter personal obliga a buscar soluciones diseñadas para el individuo y dirigidas a él. En este modelo de "falta de información", la persona ignora algún dato esencial y el problema radica, precisamente, en su ignorancia. Se supone que, al disponer de la información y "conocer los hechos", la gente actuará en consecuencia y el problema se resolverá. Si todas las personas obtienen la información correcta y toman las decisiones adecuadas, el problema comunitario desaparecerá. La función de los medios de comunicación consiste en proporcionar la solución (el conocimiento) a los millones de individuos que la necesitan.

Para el modelo de la falta de información, el contexto en el que el problema existe se limita al lugar donde se debe transmitir el mensaje. Las presiones y demandas de la vida cotidiana son únicamente factores que ayudan a establecer la mejor forma de hacer esa transmisión. Supone que las personas disponen de los medios adecuados para cubrir esas demandas. La familia, la escuela, la comunidad y las variables sociales son menos importantes que "la información correcta".

Un ejemplo clásico del uso de los medios de comunicación para resolver una falta de información es la Partnership for a Drug Free America (Asociación para una América Libre de Drogas). Este programa se basa en la idea de que "si la gente supiera de verdad lo malas y poco atractivas que son las drogas, dejarían de usarlas". Muchos de sus anuncios son memorables, pero sus enérgicas declaraciones rara vez contienen enfoques de salud pública. Por el contrario, se centran casi exclusivamente en el comportamiento individual y en la responsabilidad personal.

> La Asociación insiste en que el problema de las drogas no es un problema del gobierno, sino *de la persona.* Esta publicidad nunca pone en duda la idoneidad de las asignaciones presupuestarias ni el hecho de que el gobierno conceda más importancia al cumplimiento de la ley que al tratamiento [de los toxicómanos] . . . Si hay razones que justifican el consumo de drogas (pobreza, desarraigo familiar, automedicación, curiosidad . . .) nunca se sabrá por un anuncio de la Asociación *(9)*.

Estos anuncios invocan el voluntarismo, la disciplina y el individualismo *(10)*, exactamente los valores que más atraen a los ciudadanos de los Estados Unidos. Al mismo tiempo, sus estrategias encuentran escasa resistencia política, puesto que coinciden con la orientación oficial de la salud pública de culpar a la víctima *(11)*.

Las campañas de la Partnership, como prácticamente la totalidad de los esfuerzos de educación de la población, suponen que la información es una varita mágica capaz de vacunar a la gente contra las drogas. Ignoran las condiciones sociales que forman el entorno del problema, como la alienación, la falta de vivienda digna y de educación y la ausencia de oportunidades económicas. Puesto que el ámbito del problema es parte del problema, toda solución que no lo tenga en cuenta será, inevitablemente, insuficiente. De hecho, los anuncios de servicio público de la Asociación, pese a su intención de mejorar la salud de la población, quizás terminen por hacer más daño que bien, al minar el apoyo que podrían recibir otros esfuerzos de promoción de la salud más eficaces dirigidos hacia arriba, en cuanto a las relaciones de poder y las condiciones sociales. Esos anuncios ocupan un tiempo valioso en los medios de comunicación con mensajes fuertes, pero dirigidos desde arriba hacia abajo y que refuerzan la tendencia a culpar a las víctimas.

La abogacía en los medios de comunicación destaca ante todo la falta de poder, pone de manifiesto otras definiciones de los problemas y propone enfoques políticos para resolver esos problemas. En la tradición del sociólogo C. Wright Mills *(12)*, toma los problemas personales y los convierte en temas

sociales. Una de sus estrategias fundamentales consiste en trabajar junto a grupos e individuos para exigir el poder de los medios de difusión a fin de cambiar el contexto o el entorno en los que el problema se produce.

Al dirigir el interés hacia las políticas se está tratando de influir en los factores determinantes de la salud que son ajenos al individuo. Estos factores abarcan variables tales como la vivienda, el empleo, la educación, la atención sanitaria y la seguridad personal, y podrían englobarse bajo el epígrafe general de justicia social. Un segundo conjunto de factores determinantes se centra con un grado de definición mayor en las variables de comercialización inmediata de los productos que suponen un riesgo para la salud, como el alcohol, el tabaco, los alimentos ricos en grasas y otros bienes de consumo peligrosos. Comprenden la publicidad y la promoción, los precios, el desarrollo y la disponibilidad de los productos. Por ejemplo, los activistas que combaten el alcohol luchan contra la publicidad y la promoción de las bebidas alcohólicas en los acontecimientos que atraen a grandes audiencias juveniles. Además, el precio de estas bebidas es tal, que resulta competitivo para los refrescos gaseosos lo que, asociado a la facilidad de acceso a las mismas, conforma un entorno favorable al uso problemático del producto. Los propietarios de comercios que venden indiscriminadamente licores de malta a los niños, o las empresas que desarrollan nuevos productos dirigidos a la juventud, tales como vinos gaseosos, contribuyen a conformar un entorno más seductor. Todos estos aspectos son dianas potenciales para los que usan la abogacía en los medios de comunicación.

LA PRÁCTICA DE LA ABOGACÍA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La abogacía en los medios de comunicación es el uso estratégico de dichos medios para defender o abogar por una iniciativa social o política *(13)*. Emplea todo un abanico de medios y de estrategias para definir el problema y favorecer una cobertura lo más amplia posible. Asimismo, intenta reorientar y moldear la opinión pública para obtener de ella apoyo y defensa de las políticas saludables. Para ello, debe conocer exactamente los objetivos políticos que desea conseguir. Así pues, el primer paso consiste en establecer el objetivo político del grupo: ¿Qué se pretende lograr? El segundo paso será elegir la diana: ¿Con quién queremos hablar? ¿Tiene esta persona, grupo u organización poder suficiente para hacer el cambio que deseamos? El tercero será enmarcar el tema y fabricar el mensaje. El cuarto, construir un plan general de abogacía en los medios de comunicación para transmitir el mensaje y crear una presión favorable al cambio. Por último, habrá que evaluar en qué medida se ha hecho lo que se pretendía hacer.

A fin de ilustrar el proceso de planificación, imaginemos una coalición que pretende reducir los índices de violencia mortal entre la juventud. Primero, definen sus tres objetivos políticos: reducir la disponibilidad de armas de fuego, limitar la disponibilidad de bebidas alcohólicas y favorecer el empleo de los jóvenes. A continuación, eligen como audiencia principal al consejo municipal y como audiencia secundaria, a los creadores de opinión locales. Deciden utilizar el mensaje de que la violencia es un tema de salud pública, predecible y que puede prevenirse. Moldean su mensaje para subrayar los aspectos sociales y económicos de la violencia juvenil. Desarrollan una estrategia dirigida a los medios de comunicación para hacer que el mensaje llegue a su audiencia y promover sus iniciativas políticas. Como parte de esta estrategia, evalúan posibles métodos para crear noticias, aprovechar las oportunidades que vayan surgiendo (p.ej., localizar una historia nacional) y comprar el espacio y el tiempo de los medios para llegar directamente a su audiencia. A lo largo de todo este proceso, instauran mecanismos de retroalimentación para medir el progreso hacia su meta.

Sin embargo, el proceso y el éxito de la abogacía en los medios de comunicación dependen de la profundidad con que aquella esté arraigada en la comunidad. Los medios de comunicación locales sienten una responsabilidad legal y cívica hacia la comunidad en que se encuentran y se preocupan por los deseos de esas comunidades. Cuanto mayores sean el apoyo y la participación locales en las iniciativas presentadas ante los medios de difusión, más probable será que los periodistas consideren el tema como importante y digno de atención. Como señala Tuchman "... cuantos más miembros tenga, más legítimo será su portavoz" *(14)*. Así pues, la abogacía en los medios de comunicación combina, de hecho, las distintas funciones de comunicación de masas y defensa de la comunidad.

Las estrategias tradicionales de comunicación en salud pública tienden a ver a personas y grupos como partes de una audiencia a la que transmitir un mensaje unidireccional. Como mucho, si la "audiencia" llega a formar parte de la planificación, será solo después de haber definido las fronteras del tema. La abogacía en los medios de comunicación trata a la persona o al grupo como defensores potenciales que pueden usar su energía, su capacidad y otros recursos para influir en la definición de qué tema tratar y en las soluciones elegidas. Así como las campañas tradicionales pretenden convencer al individuo de que cambie sus hábitos relacionados con la salud, las iniciativas de abogacía en los medios de comunicación pretenden crear presión para cambiar un entorno que, en gran medida, determina los hábitos.

FUNCIONES DE LA ABOGACÍA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

> Los medios de comunicación son como el rayo de una linterna que se desplaza sin descanso, haciendo que un episodio tras otro salgan de la oscuridad a la luz.
>
> *Walter Lippmann, 1922*

Podemos considerar las tres funciones de la abogacía en los medios de comunicación según la clásica imagen de Lippman. En primer lugar, consiste en utilizar los medios de difusión para llamar la atención sobre un tema y hacer que este salga a la luz. Este es el proceso de crear una plataforma. Son muchos los datos que indican que la plataforma de los medios determina la de la opinión pública: lo que preocupa a la gente refleja lo que transmiten los medios *(15–17)*. En segundo lugar, la abogacía mantiene el tema bajo el foco y se centra en las causas que vienen desde arriba. Este es el proceso de crear el marco. La investigación reciente en el campo de las ciencias políticas sugiere que existe una relación entre la forma en que los medios de comunicación presentan los problemas sociales y el organismo o persona que la opinión pública considera responsable de resolverlos *(8)*. En tercer lugar, el enfoque primario del problema consiste en proponer iniciativas sociales o públicas. En la abogacía en los medios de comunicación, para mejorar la salud pública hay que cambiar el entorno social a través del desarrollo de las políticas saludables.

Establecimiento de la plataforma: enmarcar el acceso

Un programa local de noticias de la zona de San Francisco se anunciaba en las vallas publicitarias y en la propia televisión con el mensaje: "Si sucede aquí, estará en el [Canal] 4 a las 10", con la implicación de que ningún acontecimiento tiene lugar si no aparece en los noticiarios. En tanto el sida no ocupó las páginas del *New York Times*, tampoco formó parte de la conciencia política de la nación. Si la prensa no cubre una demostración para denunciar una contradicción de la política de salud, es como si esa demostración no hubiera sucedido, en lo que al conjunto de la comunidad se refiere (y también, probablemente, en lo que se refiere a la persona que tiene capacidad para hacer el cambio que se desea). Daniel Schorr, comentarista de la Ra-

dio Pública Nacional dice: "Si no existes en los medios de comunicación, no existes a efectos prácticos" *(18)*. El primer paso que deben dar los que utilicen la abogacía en los medios de comunicación es obtener el acceso a dichos medios.

Ganar acceso es importante por dos razones. En primer lugar, la plataforma pública se establece según un proceso íntimamente ligado al grado de cobertura de los temas que hacen los medios de comunicación y, por tanto, al grado de exposición de los mismos. Los medios alertan a la gente acerca de lo que debe pensar y cuanta más cobertura reciba un tema, más probable será que la población reflexione sobre él *(15, 16, 19, 20)*. En segundo lugar, los medios de comunicación son el vehículo para llegar hasta los líderes de opinión específicos. Uno puede desear llegar expresamente a políticos, altos funcionarios, responsables comunitarios o ejecutivos de determinadas empresas. Para que la abogacía en los medios de difusión tenga éxito, es indispensable cumplir ambos objetivos. Por ejemplo, los intentos recientes por impedir la comercialización del licor de malta Power-Master consiguieron que los medios se hicieran eco del problema, lo que ayudó a convertirlo en un tema de debate público *(4)*. Al mismo tiempo, esta cobertura influyó en determinados políticos y responsables de la Oficina de Alcohol, Tabaco y Armas de Fuego del gobierno, los sensibilizó e hizo ver que el resto de la gente habría tomado conciencia del asunto. Los propios periodistas, solo con reproducir la historia ya ejercieron presión sobre los burócratas, además de la que pudiera ejercer la opinión pública tras conocer la historia. Con esta en el aire, los funcionarios se vieron obligados a responder de sus acciones. En consecuencia, los defensores de la prohibición del producto lograron crear presión pública y normativa suficiente como para conseguir retirar el producto del mercado.

Tiene que ser noticia. Ninguno de nosotros es el presidente de los Estados Unidos ni el director del *New York Times*, así que ... ¿Cómo podemos lograr el acceso a los medios? Los que utilizan la abogacía logran ese acceso convirtiendo su tema en noticia. Utilizan distintos mecanismos para aprovechar la forma en que se crean las noticias y los objetivos que estas pretenden lograr. Los medios de comunicación cubrirán el asunto solo en la medida en que sea oportuno, pertinente, con interés público definido y capaz de cumplir otros requisitos periodísticos. Shoemaker y Mayfield *(21)* presentan una amplia lista de factores que convierten un acontecimiento en noticia. Los criterios empleados para seleccionar las noticias "comprenden sensación, conflicto, misterio, celebridad, desviación, tragedia y proximidad". A todo ello, Dearing y Rogers *(17)* añaden "*la calidad quebradiza* de un asunto, la forma en que la información puede moldearse para replantear un asunto viejo de una forma nueva, y el grado en que esa información puede adaptarse a las construcciones existentes". El "interés humano", que trata de las personas capaces de superar las dificultades o de ayudar a los demás, o lo extraordinario, son también variables importantes.

Hay muy pocos problemas sociales nuevos. El alcohol, el embarazo en la adolescencia, las drogas y la pobreza existen desde hace mucho tiempo y son redescubiertos periódicamente. Lograr el acceso para un tema determinado puede depender de que forme parte de la fase cíclica de atención de los medios de comunicación. Anthony Downs *(22)* ha identificado un "ciclo de atención" bien ordenado sobre muchos asuntos domésticos. Su primera fase es el estadio preproblema. En ella, el problema existe y puede ser terrible, pero todavía no ha sido descubierto y la opinión pública no tiene conciencia de él. Las revueltas que tuvieron lugar en Los Angeles en 1992 sacaron a la luz ciertos problemas básicos de racismo, pobreza y alienación que se hallaban presentes desde hacía mucho tiempo pero que se encontraban por debajo del umbral de la atención pública general. El levantamiento constituyó la base de la segunda fase del ciclo: "descubrimiento alarmado

y entusiasmo eufórico" de los medios de comunicación y de la opinión pública. Muchos ciudadanos creían que el racismo había desaparecido de nuestra sociedad; los disturbios revelaron que no era así sino, de hecho, todo lo contrario. Una parte esencial del carácter norteamericano es un optimismo básico que cree que incluso los problemas más persistentes pueden resolverse. El entusiasmo de los medios de comunicación olvidó pronto los horrores de la violencia para centrarse en el "camino de la recuperación" y retratar a los muchos voluntarios de las distintas áreas de la ciudad que se esforzaban por reconstruir lo devastado. Las imágenes y cuadros presentados por los medios de difusión, reflejaban a los ciudadanos que se habían unido para limpiar y arreglar, y reforzaron la idea de que, si las personas de condiciones muy distintas se unen, el problema podrá solucionarse.

La tercera fase de Downs supone la comprensión del coste que conlleva lograr un progreso significativo. En ella, lo más importante es la conciencia de que el cambio exigirá sacrificios y de que tal vez los grupos más pudientes se verán obligados a soportar la carga de ayudar a los menos favorecidos. Sin embargo, hay un corto trecho entre esta fase y la disminución del interés del público y el pesimismo acerca de la posibilidad de lograr un cambio real. A continuación, sigue la fase posproblema, una especie de crepúsculo en el que el problema sigue existiendo, pero recibe escasa atención de los medios de comunicación o de la opinión pública. La senda que puede trazarse en los Angeles entre los sucesos de South Central en 1965 y los disturbios de Watts en 1992 revela dos círculos completos del proceso de atención de los medios de comunicación.

Cuando el foco de los medios de comunicación se apaga, el interés desaparece y con frecuencia regresamos a las disposiciones y niveles de preocupación previos. El alejamiento de la atención de los medios es una forma curiosa tanto de causa como de efecto de las percepciones de la opinión pública. Es causa de que el interés desaparezca porque, sin la cobertura de los medios de difusión, el problema deja de ser, poco a poco, tema de conversación y pierde su sentido de legitimidad como problema y como urgencia. Es efecto porque los medios solo pierden el interés cuando sienten que la gente se ha aburrido del tema o cuando surge otro asunto que consideran más importante. Al fin y al cabo, el negocio de los medios de comunicación consiste en atraer a las grandes audiencias, y si la opinión pública se aburre o se siente amenazada porque las soluciones son complejas o exigen sacrificios, perderán audiencia y financiación (es decir, la audiencia de sus anunciantes).

Moldear el debate: enmarcar el contenido

Lograr acceso a los medios de comunicación es un primer paso importante, pero solo el primero, para influir en la opinión pública y en el calendario político. Una vez logrado, hay que superar el siguiente obstáculo, que consiste en cambiar la visión que los medios tienen de los temas de salud como problemas fundamentalmente individuales. "No cabe duda de que la forma en que una sociedad percibe los grandes problemas ... es un aspecto crítico en relación con su actuación frente a esos problemas", como señala Henrik Blum, un conocido experto en planificación de la salud *(23)*. Si modificamos la definición del problema, modificaremos también la respuesta al mismo *(24, 25)*. La definición del problema es una batalla por establecer qué grupo, y desde qué perspectiva, logrará "adueñarse" de su solución.

En los Estados Unidos, hay una tendencia a desarrollar definiciones claras y concisas de los problemas a fin de facilitar soluciones concretas y sensatas. Es un enfoque muy pragmático que resulta muy atractivo. Sin embargo, a veces los problemas de salud y de bienestar social son difíciles de definir y mucho más de resolver y su complejidad creciente guarda una estrecha relación con el grado de desacuerdo que rodea su definición. Se tiende a simplificar los problemas y a sepa-

rarlos en sus elementos básicos para poder corregirlos mejor. En general, se llega a que o bien la unidad elemental es biológica, en cuyo caso la solución es médica, o bien es una carencia de información, en cuyo caso se resolverá con educación.

La aplicación de este pragmatismo equivocado a la resolución de los problemas constriñe el enorme problema de las drogas, un tema tan complejo que afecta a todos los niveles de la sociedad, a la mera incapacidad del individuo para "decir no" y resistir la tentación. En general, reduce las enfermedades a sus elementos cognoscitivos, del comportamiento o genéticos. Las instituciones públicas y privadas terminan por asignar importantes recursos a la identificación del gen del alcoholismo, y apenas presta atención a las actividades de la industria de las bebidas alcohólicas. Aunque 30% de todas las muertes por cáncer y 87% de las debidas al cáncer de pulmón se atribuyan al consumo de tabaco, la investigación oncológica se dedica a estudiar las interacciones bioquímicas y genéticas de las células y no a examinar el comportamiento de la industria tabacalera.

La alternativa consiste en plantear el problema como parte de un contexto más amplio. Así, el consumo de tabaco puede verse no como un hábito nocivo o una estupidez, sino como una función de la empresa privada que promociona activamente el uso de un producto dañino para la salud. Las decisiones individuales sobre fumar o no fumar pueden considerarse a la luz de las decisiones que unas pocas personas de alto nivel ejecutivo toman acerca de la producción, comercialización y promoción del tabaco. Fumar, en este contexto más amplio, es una caraterística de un sistema mayor, del cual el fumador o fumador potencial es solo una parte, más que simplemente una consecuencia de la capacidad individual de decisión. Lo mismo podría decirse de la seguridad del tránsito, de la nutrición, del alcohol y de otros asuntos. Este tipo de análisis remonta la definición del problema a sus orígenes. La clave de la abogacía en los medios de comunicación es enmarcar su tema en términos de estas definiciones primeras.

La perspectiva del entorno. En el campo de la salud pública, ha surgido una nueva perspectiva del entorno que llama la atención sobre el papel desempeñado por la política y los factores comunitarios en la promoción de la salud. Esta perspectiva abarca una parte física y una parte social. Por ejemplo, las políticas y prácticas que defienden la disponibilidad y comercialización del alcohol y del tabaco, y contribuyen así a cultivar las percepciones sociales positivas acerca de ambos productos, son dianas fundamentales para el cambio. Así, los defensores del control del tabaco han abandonado el interés por el comportamiento del fumador para centrarse en el comportamiento de la industria tabacalera y en las políticas que respaldan las actividades de publicidad y comercialización general, y contribuyen de este modo al exceso de mortalidad. Las dianas básicas de los movimientos a favor del control del tabaco son ahora la limitación de la publicidad en las calles, de las máquinas expendedoras y del patrocinio de las actividades comunitarias por esta industria. Simultáneamente se promociona la legislación sobre el aire interior puro.

Centrarse en la comercialización inmediata y en el entorno comunitario es útil, pero sigue sin tratar la variable más trascendental para el estado de salud. Son muchos los trabajos publicados en los que se demuestra que la clase social es el factor determinante único más importante de la salud *(26)*. Prácticamente la totalidad de las enfermedades se asocian a mediciones del estrato socioeconómico *(27)*. No se trata simplemente de una dicotomía rico-pobre, sino de una respuesta *graduada* que puede verse incluso en el cuadrante más alto de la sociedad *(28–30)*. Estudios recientes indican que el factor más importante, dentro de la clase social, podría ser el grado de educación *(31)*. Al mismo tiempo, en las comparaciones transversales culturales se observa que el estado de salud de una sociedad no depende exclusivamente de la renta per cápita, sino de la variabilidad de

los ingresos y, en consecuencia, de los grados de carencia y discrepancia relativas de esa sociedad *(32)*. Así, por ejemplo, los Estados Unidos no salen beneficiados cuando se comparan ciertos indicadores clave del estado de salud con los de otros países menos ricos pero con menores diferencias de ingreso entre los distintos estratos sociales. En consecuencia, para lograr que la promoción de la salud tenga éxito, tendremos que confiar menos en nuestra capacidad para difundir la información sobre la salud y más en nuestro esfuerzo por crear una sociedad más equilibrada y más justa.

Hay dos grandes motivos para destacar la importancia del entorno. En primer lugar, como demuestra sobradamente la historia de la salud pública, la prevención basada en la población y orientada hacia las condiciones sociales es más eficaz que los esfuerzos destinados sobre todo al tratamiento del individuo *(33–35)*. Son las políticas que definen el entorno en el que las personas hacen sus elecciones relacionadas con la salud las que parecen ofrecer un potencial mayor para mejorar esa salud. En segundo lugar, la investigación en el campo de la salud pública revela el valor de la igualdad y de la justicia social como fundamentos de la acción. Las soluciones orientadas hacia el entorno intentan corregir las circunstancias subyacentes que crean y mantienen la enfermedad y, por tanto, ofrecen una promesa de cambio a largo plazo.

Proponer la política

El objetivo final de la abogacía en los medios de comunicación consiste en lograr un cambio de política que mejore la posibilidad de salud de la población. Este fin exige que se exprese con claridad la política que se propone, que se enmarque correctamente el tema, que haya coherencia en los mensajes relacionados con esa política y que se aprovechen las oportunidades ofrecidas por los medios de difusión para hacer la propuesta. Los medios de comunicación pueden utilizarse para presionar a los dirigentes políticos y otras personas influyentes, pero esta presión no es automática. La cobertura en los medios debe ser diseñada con cuidado y debe reflejar una base de apoyo amplia. Hay muchos ejemplos que demuestran que esto puede funcionar y Wallack y colaboradores *(4)* han presentado un conjunto de cinco estudios de casos breves al efecto.

En muchos casos, obtener acceso a los medios resulta relativamente fácil, mientras que modelar la historia y dirigir la atención a los objetivos políticos propuestos resulta mucho más difícil. Consideremos un ejemplo típico, y trágico, de una gran ciudad de California. Un día, en las primeras horas de la noche, una mujer joven fue raptada en el camino desde el transporte público hasta su automóvil. Sus raptores la encerraron en el maletero del automóvil para después robarla, violarla y asesinarla.

La televisión y la prensa de la ciudad dieron una enorme cobertura a la tragedia. Los miembros de la comunidad quedaron horrorizados, asustados y ansiosos de hacer algo para aumentar la seguridad de la población. Una iglesia local organizó una vigilia con velas por la mujer y más de 500 ciudadanos acudieron a su funeral.

Varias organizaciones de base comunitaria (OBC) participaron en la organización de la vigilia pues supusieron, con razón, que atraería la atención de los medios de difusión. Sin embargo, sus miembros se sintieron descontentos con el tipo de cobertura recibido tanto por la muerte de la mujer como por la vigilia en cuestión. Para ellos, los periodistas habían prestado demasiada atención a las circunstancias dramáticas del suceso y no a los aspectos verdaderamente importantes para la seguridad y el bienestar de la comunidad.

De hecho, los artículos que trataron acerca de la seguridad habían dado gran importancia a lo que los ciudadanos podrían hacer para su propia protección. Muchos citaron a funcionarios de seguridad del transporte público que daban consejos tales como estos:

- Siga las indicaciones de las señales y estacione solo en las áreas autorizadas.
- Antes de marcharse, compruebe sus faros, cierre su coche y no deje objetos valiosos ni paquetes en lugares visibles.
- Lleve las llaves en la mano.
- Cuando llegue de noche a una estación, estudie sus alrededores y manténgase en el centro de la plataforma. Si necesita ayuda, acuda a la policía de la estación.
- Si no se siente seguro en su camino hacia el estacionamiento, vuelva a la estación.

Todos ellos son buenos consejos, pero atribuyen prácticamente toda la responsabilidad al usuario. Ello, sin duda, es importante pero parece que nadie planteó la pregunta: "¿Qué costaría conseguir un entorno más seguro, hagan lo que hagan los pasajeros?" En ninguno de los artículos se plantearon los defectos del entorno, tales como la iluminación del área de la estación, la escasez del personal de seguridad o el tema, mucho más amplio, de la violencia contra la mujer.

La responsabilidad de la cobertura no es exclusiva de los periodistas. Aunque los miembros de las OBC se molestaron por la forma en que se presentó el tema, tampoco habían expresado con claridad las soluciones que esperaban en términos que la prensa pudiera reproducir fácilmente. En este caso, el acceso a los medios de difusión fue abundante; pero desde la perspectiva de la abogacía en estos medios, hubiera sido preciso trabajar para enmarcar el contenido, definir la solución y promover una política.

Uno de los objetivos esenciales de la abogacía en los medios de comunicación es proponer políticas o enfoques encaminados a resolver los problemas. Lograr la atención de los medios y hacer que las historias aparezcan en las ondas o en letra impresa es, a menudo, la parte más fácil del trabajo. La parte difícil viene cuando los defensores han de plantear su propuesta ante los medios y ante aquellos en quienes desean influir.

El trabajo más importante se hace, en realidad, durante la fase de planificación, antes de avisar a los medios. Los defensores deben establecer la forma en que harán su propuesta, los símbolos que utilizarán, los temas que relacionarán, las opiniones que ofrecerán y los mensajes que comunicarán. El tema puede explorarse de nuevo según las oportunidades que vayan surgiendo. Las estrategias pueden elaborarse de modo que enmarquen el acceso y el contenido. Enmarcar el acceso y enmarcar el contenido obliga a los que pretenden utilizar la abogacía en los medios de comunicación a pensar en función de estos y en sus necesidades.

En realidad, las OBC no suelen disponer de los recursos ni de la formación suficientes para usar con eficacia los medios de comunicación. En este ejemplo, todas ellas se hallaban en una situación reactiva. Los grupos comunitarios pueden prever situaciones similares y preparar sus soluciones políticas y la forma en que desean que estas sean presentadas por los medios. Articular su visión es la parte más dura del trabajo. Si se consigue, la abogacía en los medios de comunicación podrá emplearse eficazmente para ayudar a las comunidades a obtener el poder y la confianza que necesitan para referir su historia de la mejor manera.

CONCLUSIÓN

> Para los defensores de las distintas causas, los medios de comunicación son como un piano de cola a la espera de un pianista. Si se golpean las teclas con una noticia, una columna de opinión o una editorial millones de personas lo oirán. Cuando trabajan en concierto y sin prejuicios, los periodistas y los abogados inteligentes pueden hacer música juntos.
>
> *Susan Wilson*
> *New Jersey Network for Family Life*

Desde fines del decenio de 1980, la abogacía en los medios de comunicación ha pasado a ser una forma cada vez más popular de utilizar estos medios para promover los objetivos de la salud pública. Este enfoque pre-

tende incrementar la visibilidad, legitimidad y poder de los grupos de la comunidad. La abogacía en los medios de comunicación es algo más que otra manera de usar los medios para promover la salud. Es un esfuerzo destinado a devolver el poder a la comunidad y cultivar su capacidad para ampliar y difundir su voz. En lugar de ofrecer al individuo mensajes para que cambie su comportamiento, ofrece a los grupos la posibilidad de presentar a la población sus alternativas para una política saludable. Se basa en la premisa de que el progreso real del estado de salud no depende tanto del cambio de los conocimientos personales como de la mejora de las condiciones sociales. Su objetivo fundamental es corregir la falta de poder, más que la falta de información.

La abogacía en los medios de comunicación refleja el enfoque de salud pública que reconoce explícitamente la importancia del entorno social y político y que define los problemas de salud como aspectos de la política pública y no como meras consecuencias de los comportamientos individuales. Pretende ayudar a los ciudadanos a reclamar poder, proporcionándoles el conocimiento y la habilidad necesarios para participar en el esfuerzo de cambiar los factores sociales y políticos que contribuyen al estado de salud general. Su eje es la salud de la comunidad, y no necesariamente la del individuo. El mecanismo para lograr la promoción de la salud es la participación activa en el proceso político.

Los programas de salud y bienestar suelen centrarse en preparar a las personas dándoles destrezas para *tener más posibilidades* de superar las barreras estructurales que les impiden vivir una vida satisfactoria y saludable. A largo plazo, parece más lógico *cambiar esas posibilidades* para que más personas puedan disponer de una gama más amplia y accesible de elecciones saludables *(36)*. La abogacía en los medios de comunicación ayuda a destacar la importancia del cambio de las condiciones sociales a fin de aumentar las probabilidades. Puede ser el instrumento que permita escapar a la visión, tradicional y limitada, de informar sobre la salud para promover una mayor comprensión de las condiciones que favorecen y mantienen la salud de la población.

REFERENCIAS

1. McKinlay, J. "A Case for Refocusing Upstrean: The Political Economy of Illness," in P. Conrad and R. Kern, eds. *The Sociology of Health and Illness.* New York: St. Martin's Press, 1986, pp. 484–98.
2. Turow, J., and Coe, L. "Curing Television's IllsL The Portrayal of Health Care," *Journal of Communication 34* (1985):36–51.
3. Gerbner, G., Morgan, M., and Signorielli, N. "Health and Medicine on Television," *New England Journal of Medicine 305* (1981): 901–4.
4. Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D., and Themba, M. *Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention.* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1993.
5. Turow, J. *Playing Doctor: Television, Storytelling and Medical Power.* New York: Oxford University Press, 1989.
6. Wallack, L., and Dorfman, L. "Television News, Hegemony, and Health," *American Journal of Public Health 82* (1992):125.
7. Wallack, L. "Mass Cummunication and Health Promotion: A Critical Perspective." in R. Rice and Co. Atkin, eds. *Public Communications Campaigns.* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.
8. Iyengar, S. *Is Anyone Responsible? How Television Frames Political Issues.* Chicago: University of Chicago Press, 1991.
9. Blow, R. "How to Decode the Hidden Agenda of the Partnership's Madison Avenue Propagandists," *Washington City paper 11* (1991):29–35.
10. Miller, M. "Death Grip," *Propaganda Review* (Winter 1988): 34–35.
11. Ryan, W. *Blaming the Victim.* New York: Vintage Books, 1976.
12. Mills, C. *The Sociological Imagination.* New York: Oxford University Press, 1959.
13. U.S. Department of Health and Human Services. *Media Strategies for Smoking Control: Guidelines.* Washington, D.C.: NIH Publication #89–3013, 1989.
14. Tuchman, G. *Making News: A Study in the Construction of Reality.* New York: The Free Press, 1978.
15. McCombs, M., and Shaw, D. "The Agenda Setting function of Mass Media," *Public Opinion Quarterly 36* (1972):176–87.
16. Rogers, E., and Dearing, J. "Agenda-setting Research: Where Has It Been and Where Is It Going?," in J. A. Anderson, ed. *Communication Yearbook.* Beverly Hills: Sage Publications, 1988.
17. Dearing, J., and Rogers, E. "AIDS and the Media Agenda," in Edgar, Fitzpatrick, and Freimuth, eds.

AIDS: A Communication Perspective. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1992, pp. 173–94.
18. Communications Consortium Media Center. *Strategic Media—Designing a Public Interest Campaign.* Washington, D.C.: Benton Foundation and the Center for Strategic Communications, 1991.
19. Cohen, B. *The Press and Foreign Policy.* Princeton: Princeton University Press, 1963.
20. Iyengar, S., and Kinder, D. R. *News That Matters.* Chicago: University of Chicago Press, 1987.
21. Shoemaker, P., and Mayfield, E. "Building a Theory of News Content: A Synthesis of Current Approaches," *Journalism Monographs 103* (1987):1–36.
22. Downs, A. "Up and Down with Ecology," *The Public Interest 28* (1972):38–50.
23. Blum, H. "Social Perspective Risk Reduction," *Family and Community Health 3* (1980):41–61.
24. Powles, J. "On the Limitations of Modern Medicine," in D. sobel, ed. *Ways of Health: Holistic Approaches to Ancient and Contemporary Medicine.* New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1979.
25. Watzlawick, P., Weakland, J., and Fisch, R. *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution.* New York: W. W. Norton, 1974.
26. Haan, M. Kaplan, G., and Syme, S. L. "Socioeconomic Status and Health: Old Observations and New Thoughts," in Bunker, Gomby, and Kehrer, eds. *Pathways to Health: The Role of Social Factors.* Menlo Park: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1989.
27. Marmot, M., Koqevinas, M., and Elston, M. Social/Economic Status and Disease, *Annual Review of Public Health 8* (1987): 111–35.
28. Haan, M. Kaplan, G., and Camacho, T. "Poverty and Health," *American Journal of Epidemiology 125* (1987):989–98.
29. Smith, D., and Egger, M. "Socioeconomic Differences in Mortality in Britain and the United States," *American Journal of Public Health 82* (1992):1079–81.
30. Kitagawa, E., and Hauser, P. *Differential Mortality in the United States: A Study in Socioeconomic Epidemiology.* Cambridge: Harvard University Press, 1973.
31. Winkleby, M., Jatulis, D., Frank, E., and Fortmann, S. "Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease," *American Journal of Public Health 82* (1992):816–20.
32. Wilkinson, R. "National Mortality Rates: The Impact of Inequality?," *American Journal of Public Health 82* (1992):1082–84.
33. McKinlay, J., McKinlay, S., and Beaglehole, R. "Trends in Death and Disease and the Contributions of Medical Measures," in H. Freeman and S. Levine, eds. *Handbook of Medical Sociology.* Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1989, pp. 14–45.
34. Dubos, R. *Mirage of Health.* New York: Harper and Row, 1959.
35. McKeown, T. "Determinants of Health," *Human Nature 1* (1978):60–67.
36. Schorr, L. *Within Our Reach.* New York: Anchor/Doubleday, 1988.

VALIDEZ DE LA AUTONOTIFICACIÓN DEL MÉDICO EN LA INVESTIGACIÓN DE IOS OBJETIVOS DE EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES[1]

Debra L. Roter[2] y Nancy K. Russell[2]

INTRODUCCIÓN

Prácticamente todas las áreas de la promoción de la salud tratadas en Gente Sana 2000 (Healthy People 2000) *(1)* incluyen, como estrategia para lograr los Objetivos de la Nación, que los profesionales de la atención primaria den asesoramiento a sus pacientes. Estos objetivos son ambiciosos y prevén que, al final del decenio, entre la mitad y las tres cuartas partes de todos los profesionales de la atención primaria asesorarán y aconsejarán a sus pacientes sobre los distintos aspectos de la promoción de la salud. La lógica de los objetivos declarados y la probabilidad de alcanzarlos dependen de que las fuentes de datos y los instrumentos utilizados para hacer el cálculo inicial o basal de la práctica sean pertinentes y razonablemente exactos. Lamentablemente, en casi todos los campos del asesoramiento sobre la promoción de la salud, los datos que sirvieron para establecer los Objetivos para el año 2000 distan mucho del ideal.

Las fuentes de los datos y los métodos de obtención son limitados. Aproximadamente la mitad de los estudios que presenta Lewis en su meticulosa revisión de las prácticas de asesoramiento de los médicos se basaron en las notificaciones de estos, hechas por lo general a través de cuestionarios enviados por correo *(2)*. El resto se dividía en partes iguales entre notificaciones de pacientes, habitualmente obtenidas mediante encuestas telefónicas o entrevistas personales, y auditorías de historias clínicas. Ninguna de estas fuentes se halla libre de sesgos potenciales. Así, en las notificaciones de los pacientes puede haber defectos debidos al simple olvido o a la memoria selectiva, con una tasa alta de subnotificación. Distintas investigaciones sugieren que los pacientes olvidan la mitad de lo que sus médicos les dicen durante la consulta y aún más cuando están ansiosos *(3–5)*. También se ha sugerido que los pacientes podrían escuchar selectivamente los consejos sin pres-

Fuente: *Health Education Quarterly* 1994;21(1):27–38.
©1994 por SOPHE. Se publica con permiso de Sage Publications Inc., Newbury Park, California, Estados Unidos de América.

[1]Se presentaron versiones preliminares de este artículo en la 11ª Reunión Anual de la Sociedad de Medicina del Comportamiento, Chicago, Illinois, Estados Unidos y en la 118ª Reunión Anual de la Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos, Nueva York, Nueva York, Estados Unidos de América, 1990.

Financiado con un subsidio del Fondo Nacional para la Educación Médica.

[2]Departamento de Política y Gestión Médicas, Universidad de Johns Hopkins, Escuela de Higiene y Salud Pública, Baltimore, Maryland, Estados Unidos de América.

tar atención a las recomendaciones que no les gustan o que consideran difíciles de seguir o que las olvidan de inmediato *(2–4)*.

Las encuestas hechas a los médicos pueden dar resultados exagerados, supuestamente porque los informantes desean aparecer más concienzudos de lo que realmente son *(2, 6, 7)*. De hecho, todas las estimaciones de las prácticas de promoción de la salud descritas en el trabajo de Lewis *(2)* muestran niveles de rendimiento más altos cuando quienes proveen los datos son los médicos. Por último, las historias clínicas se caracterizan por proporcionar una información incompleta y por reflejar muy poco el proceso real de atención del paciente. Particularmente en lo que se refiere a los aspectos de la atención sanitaria de baja tecnología, tales como la educación y el asesoramiento, las notas clínicas son un registro poco fiable de lo transcurrido durante la cita médica *(8–10)*.

Además de estas fuentes de sesgo genéricas, la ambigüedad de la redacción también puede introducir errores. En su revisión, Lewis *(2)* encontró ocho maneras distintas de expresar la pregunta clave sobre promoción de la salud, lo que lleva a pensar que las diferencias de la terminología empleada pudieron haber resultado en variaciones involuntarias de las respuestas. En algunos casos, se preguntó si el médico asesoraba a los pacientes, mientras que en otros, se investigó si solicitaban información sobre el tema, si sacaban el tema a colación o si daban consejos. De igual modo, se preguntó a los pacientes si habían hablado o recibido consejos sobre un tema o si se les había informado acerca del mismo.

También son posibles otras fuentes de error. Radecki *(11, 12)* se pregunta si las diferencias entre las tasas notificadas de asesoramiento efectuado por los médicos de atención primaria y por los especialistas de medicina interna se deben a diferencias reales de la asistencia prestada por unos y otros, o si reflejan, simplemente, variaciones de las tendencias de los médicos de estas especialidades a identificar y registrar sus actividades de asesoramiento.

El propósito de este artículo es hacer un cálculo aproximado de la exactitud con que notifican médicos y pacientes, al comparar las respuestas dadas al salir de la visita con la conversación grabada en cinta magnetofónica de la misma consulta. Se plantean varias preguntas: 1) ¿Hasta qué punto notifican de igual modo los médicos y los pacientes las conversaciones relacionadas con la promoción de la salud que han tenido lugar durante la visita? 2) ¿Con qué exactitud notifican los médicos y los pacientes esas conversaciones, en comparación con lo grabado en las cintas magnetofónicas? y 3) ¿Son más exactos los médicos y pacientes cuando notifican algunos temas relacionados con la promoción de la salud que otros?

MÉTODOS

Se recogieron datos en 11 zonas geográficas de los Estados Unidos de América y el Canadá, en consultas ambulatorias de centros médicos universitarios y de la Administración de Veteranos, hospitales comunitarios y consultas privadas. El reclutamiento de los médicos (n=127) se hizo antes que el de los pacientes (n=560); este último se efectuó en las salas de espera, antes de la consulta propiamente tal. Los criterios de elegibilidad de los pacientes incluían que ellos fueran adultos bien conocidos por sus médicos, que hubieran acudido a la consulta en no menos de dos ocasiones anteriores, y que presentaran una enfermedad crónica. También se incluyeron algunos pacientes que cumplían todos estos requisitos pero que habían ido al médico el día del estudio por algún proceso agudo.

Los pacientes y los médicos firmaron formularios de consentimiento para todos los aspectos del estudio, incluso para grabar la visita en cinta magnetofónica y llenar cuestionarios después de la consulta sobre lo acontecido durante la misma. Cada paciente se incluyó en el estudio una sola vez, pero los

médicos se incluyeron varias veces, con un promedio de cuatro pacientes por médico (recorrido de 1 a 17).

Muestra del estudio

Muchos de los médicos seleccionados inicialmente veían un número demasiado pequeño de pacientes (solo uno o dos) como para proporcionar datos fidedignos acerca de sus prácticas habituales de asesoramiento, por lo que ni ellos ni sus pacientes se incluyeron en el análisis que presentamos. Para este análisis, se extrajo una submuestra de médicos que tenían al menos cuatro pacientes en el estudio. De este modo se obtuvieron 38 médicos y 377 pacientes. Los médicos de este subconjunto de la muestra no diferían del grupo más grande previamente elegido en cuanto a sexo, edad y especialidad; sin embargo, en la submuestra había menos residentes (20%, en comparación con el 40% de la muestra general). De los 38 médicos, 30 trabajaban en clínicas asociadas a hospitales urbanos y 8 ejercían la profesión individualmente o en pequeños grupos.

La información demográfica sobre los médicos se obtuvo mediante cuestionarios para 33 de los 38 profesionales incluidos en este análisis. En conjunto, era un grupo joven (media de edad, 35,5 años, recorrido, 28 a 62), formado casi totalmente por hombres (76%), 22 tenían certificados estatales de medicina interna y 2, de medicina de familia (9 no tenían certificado). Seis de ellos eran residentes de segundo y tercer año.

Los pacientes del estudio eran en su mayoría mujeres (55%) y, en general, pobres (65% ganaba menos de US$ 10.000 al año; 16%, de $10.000 a $20.000 y 19%, menos de $20.000). Su edad oscilaba entre 23 y 95 años (media = 60,5 años) y casi todos eran de raza blanca (64%). Los problemas médicos más frecuentes fueron hipertensión, enfermedad coronaria, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estas categorías no fueron mutuamente excluyentes, pues un paciente podía tener varios diagnósticos.

Procedimientos

Se utilizaron tres fuentes de datos para identificar las cintas magnetofónicas que se analizarían en profundidad con respecto a los diálogos sobre promoción de la salud. En primer lugar, se revisaron las respuestas de médicos y pacientes a los cuestionarios administrados después de las visitas. Además, se utilizaron los apuntes hechos por los codificadores durante un análisis general de las cintas que se hizo para identificar conversaciones sobre estilos de vida. Cuando cualquiera de estas fuentes indicaba que tal discusión había tenido lugar, la cinta se seleccionaba para un análisis más meticuloso. Con este método se revisaron 281 cintas.

Según se ha descrito ya con mayor detalle *(13)*, las cintas fueron revisadas en su totalidad para identificar todos los segmentos que contuvieran menciones de temas relacionados con la promoción de la salud. Las discusiones se codificaron según su duración real y según el número y profundidad de las estrategias de asesoramiento empleadas (incluso incitación, información y asesoramiento y habilidad para transmitir los mensajes). Esta información se utilizó para construir una escala de seis puntos (mención breve, información breve o remisión, felicitación por el progreso, asesoramiento breve, asesoramiento moderado y asesoramiento amplio). A los fines de este artículo, consideraremos como diálogos superficiales a las tres primeras categorías; las tres últimas se clasificaron como diálogos de asesoramiento.

Las definiciones de las categorías de promoción de la salud tratadas son:

1. Hábito de fumar cigarrillos: cualquier mención del hábito de fumar del paciente. No se codificó cuando el médico se limitaba a preguntar al paciente si fumaba y este contestaba que nunca lo

había hecho o que ya no fumaba desde hacía algunos años (no era un abandono reciente).
2. Dieta/peso: toda mención de la dieta del paciente o de su necesidad de cambiar de dieta, tanto en relación con el control del peso (pérdida o ganancia) como por otro motivo, como la ingesta de sodio, colesterol o calcio.
3. Actividad física: toda mención de los hábitos de ejercicio físico o nivel de actividad, excepto las discusiones sobre fisioterapia o ejercicios de extensión como tratamiento de lesiones.
4. Consumo de alcohol: toda mención de los hábitos de consumo del paciente. No se codificó cuando el médico se limitaba a preguntar al paciente si bebía y este contestaba que nunca lo había hecho o que no lo hacía desde hace muchos años (no era un abandono reciente).
5. Estrés: ampliamente definido como cualquier discusión acerca del bienestar del paciente, incluso referencias a las tensiones psicosociales, al estrés emocional o a la depresión.

RESULTADOS

El número medio de pacientes de cada médico fue de 9,9, con un recorrido de 4 a 17. Según el análisis de las cintas, los médicos hablaron de temas afines a la promoción de la salud con 232 (61,5%) de los 377 pacientes del estudio. Si la promoción de la salud llegaba a mencionarse en la visita, lo habitual era que se trataran varios aspectos de la misma. Se produjeron un promedio de 1,8 conversaciones por visita y un total de 412 diálogos sobre promoción de la salud. De los últimos, 56% (n = 232) fueron más allá del mero trámite e intentaron asesorar o convencer al paciente de alguna manera. Los restantes (44%, n = 180) fueron sumamente breves, y limitados a mencionar el tema de pasada, observar el progreso del paciente o proporcionar informaciones breves o remisión.

Consenso entre médico y paciente en el informe sobre la conversación relacionada con la promoción de la salud durante la consulta

En primer lugar, nos preguntamos en qué medida se parecían los informes hechos por médicos y pacientes acerca de la conversación mantenida durante la consulta. Para obtener una respuesta, comparamos la información que unos y otros dieron en un cuestionario de salida en el que se preguntaba si se habían hecho recomendaciones sobre algunos de los cinco aspectos de la promoción de la salud. El análisis se basó en 356 cuestionarios llenados por los médicos y 377, por los pacientes. La frecuencia de recomendaciones notificadas acerca de los distintos temas se indica en el cuadro 1. Las notificaciones de los médicos tienden a ser mayores que las de los pacientes en un pequeño porcentaje para todas las categorías, salvo para el estrés. El tema de discusión notificado con mayor frecuencia fue la dieta, que se introdujo en alrededor de la tercera parte de las visitas, seguido muy de cerca por la actividad física y a continuación por el estrés. Los temas menos tratados fueron el tabaco y el alcohol.

CUADRO 1. Notificaciones por médicos y pacientes de las recomendaciones acerca del estilo de vida hechas durante la visita médica

	Notificación de recomendaciones en el cuestionario		
	Médico (n = 356)	Paciente (n = 377)	Kappa (n = 356)
Dieta	128 (36%)	116 (32%)	0,44
Tabaco	56 (16%)	51 (14%)	0,62
Alcohol	31 (9%)	23 (6%)	0,44
Ejercicio	113 (32%)	101 (28%)	0,28
Reducción del estrés	67 (19%)	96 (25%)	0,18

La estadística kappa, calculada para reflejar una medición de la concordancia entre los informes de los pacientes y de los médicos, se presenta en la última columna del cuadro 1 y se basa en los 356 cuestionarios relacionados con la misma visita. Para todas las presentaciones de kappa, se usa la clave de la interpretación de la potencia de la concordancia según sugirieron Landis y Koch *(14)*, en la que la potencia relativa del acuerdo asociado con la estadística kappa muestra la siguiente correspondencia: 0,81 a 1,00 (casi perfecto), 0,61 a 0,80 (importante), 0,41 a 0,60 (moderado), 0,21 a 0,40 (regular) y 0,00 a 0,20 (leve) *(14)*. Pese a la constancia aparente de las notificaciones sobre diálogos relacionados con la promoción de la salud, los valores kappa fueron muy bajos. Solo se encontró un leve acuerdo para el estrés (0,18) y una concordancia regular en cuanto a la actividad física (0,28). La concordancia sobre el asesoramiento relacionado con el alcohol y la dieta fue de potencia moderada (0,44) y solo la del tabaco alcanzó grados de concordancia importantes (0,62).

Exactitud de los médicos en la notificación de la discusión sobre promoción de la salud, en comparación con el análisis de la grabación de la visita

La segunda pregunta planteada se refiere a la exactitud de los informes de los médicos, en comparación con el análisis de las cintas grabadas.

La comparación simple de ambos parámetros puede dar lugar a dos tipos de error. En primer lugar, puede parecer que existe sobrenotificación cuando no es así. La charla sobre promoción de la salud puede no haber quedado registrada si tuvo lugar fuera de la sala de exploración (p.ej., en la sala de espera o de camino hacia esta) o tras el final formal de la visita (una vez apagado el magnetófono). También es posible que la discusión quede grabada en la cinta pero no sea interpretada correctamente por el codificador. A veces, los médicos y los pacientes desarrollan una especie de taquigrafía verbal en sus conversaciones que no resulta inteligible para terceros; por ejemplo, el médico puede referirse al hábito de fumar o de beber del paciente como "ese problema suyo" o "eso". Así pues, en los cálculos de la tasa de sobrenotificación se incluyó un factor de corrección para capturar una segunda fuente (el cuestionario de salida del paciente correspondiente). Por ejemplo, cuando el médico afirmaba haber asesorado a su paciente sobre el tabaco, y en la cinta no se reflejaba dicha conversación, se estudiaba el cuestionario de salida del paciente. Si se comprobaba que el paciente también decía que se había hablado sobre el tabaco, se daba crédito a lo informado por el médico.

En segundo lugar, es posible inflar una subnotificación por confusión acerca de lo que es un diálogo notificable. De los diálogos analizados, 44% fueron muy breves y reflejaron la simple mención del tema, una felicitación por un progreso o una remisión. A fin de investigar si la intensidad de ese diálogo se asociaba a subnotificación, se hizo un análisis de χ^2 (ji cuadrado). De hecho, los resultados de ese análisis reflejaron una subnotificación considerablemente mayor de los diálogos superficiales que de todas las formas de asesoramiento sobre cualquier tema, salvo el estrés ($p < 0{,}001$ para la dieta y el ejercicio, 0,005 para el tabaco, 0,25 para el alcohol y no significativo para el estrés). Puesto que los médicos podrían haber interpretado que los diálogos superficiales no eran "notificables", se introdujo una segunda corrección, en la cual se excluyeron los diálogos breves del cálculo de las subnotificaciones a fin de que solo pudieran considerarse como tales los fallos de notificación de las discusiones de asesoramiento.

En resumen, en el cálculo de las tasas de notificación errónea se tomaron en consideración ambas fuentes de sesgo posibles. La sobrenotificación de cada tema se calculó como el número de notificaciones de médicos sobre diálogos de los que no existía otra prueba (ni en la cinta ni en el cuestionario del paciente),

Notificación del médico	Sin diálogo sobre el tabaco	Con diálogo sobre el tabaco
Sin asesoramiento	295	1
Con asesoramiento	14	42
Total	309	43

FIGURA 1. Análisis de las cintas magnetofónicas grabadas

dividido por el número total de revisiones negativas de las cintas. La subnotificación se calculó como el número de notificaciones de médicos que no referían diálogo cuando existían pruebas de que este había tenido lugar (y se había considerado que era más que superficial), dividido por el número total de diálogos sobre ese tema de la promoción de la salud encontrados en las cintas.

A título de ejemplo, la figura 1 presenta el caso del tabaco. Se estudiaron un total de 352 visitas de las que se disponía de cintas grabadas y de cuestionarios de salida de los médicos. No se encontraron indicios de diálogos relacionados con el tabaco en 288 cintas, mientras que en 43 había ciertas pruebas de que sí se habían producido. En 38 casos, el médico notificó correctamente haber tratado el tema del tabaco. Hubo, además, cuatro casos en los cuales tanto el médico como el paciente informaron haber hablado sobre el tema, sin que la grabación diera indicios de ello. En estos casos, se aceptó que el médico había informado correctamente y el número total de notificaciones correctas se estableció en 42.

Se identificaron ocho casos en los que el médico no notificó discusiones que, sin embargo, estaban reflejadas en la cinta. De estas, siete eran muy breves y, por tanto, quedaron excluidas (y, a los fines de este trabajo, se contabilizaron como no diálogo), con una tasa de subnotificación de 1/43 (2%).

En 14 visitas, el médico afirmó haber asesorado a sus pacientes sobre el tabaco, pero ni los informes de los pacientes ni las cintas proporcionaron prueba alguna. En consecuencia, la subnotificación se calculó como 14/309 (4,5%).

El cuadro 2 presenta las tasas de notificación errónea de los médicos acerca de los cinco aspectos de la promoción de la salud. La notificación errónea total llegó a 10%; la sobrenotificación fue de 8% y la subnotificación, de 18%. La última columna del cuadro 2 muestra la estadística kappa que refleja la concordancia entre los informes de los médicos y el análisis de las cintas para cada tema. La estadística kappa refleja una concordancia casi perfecta en lo que se refiere al tabaco (0,83), concordancias importantes para las categorías de dieta y ejercicio físico (0,77 y 0,72, respectivamente) y moderadas para el alcohol y el estrés (0,55 y 0,48 respectivamente).

Exactitud de los pacientes en la notificación de la discusión sobre promoción de la salud, en comparación con el análisis de la grabación de la visita

Se siguió un proceso similar al anterior para determinar la exactitud de la notificación de los pacientes. Ese análisis se presenta en el cuadro 3. La tasa global de notificación errónea de los pacientes fue de 9%; la sobrenotificación fue de 7% y la subnotificación, de 20%. La estadística kappa de la última columna refleja concordancias casi perfectas para las categorías del tabaco y la dieta (0,85), una concordancia importante para el alcohol (0,62) y concordancias moderadas para la actividad física y el estrés (0,59 y 0,52).

DISCUSIÓN

Ni los médicos ni los pacientes proporcionan una información exacta acerca de los diálogos sobre promoción de la salud que mantienen durante sus visitas. Ambos gru-

CUADRO 2. Notificación errónea por los médicos acerca del asesoramiento

	Sobrenotificación[a]	Subnotificación[b]	Total notificación errónea	Kappa
Tabaco	14/309 (4,5%)	1/43 (2,0%)	15/352 (4,3%)	0,83
Dieta/peso	18/229 (7,9%)	19/131 (14,5%)	37/360 (10,3%)	0,77
Ejercicio	43/277 (15,5%)	9/80 (11,2%)	51/357 (14,3%)	0,72
Alcohol	16/337 (4,8%)	3/19 (15,8%)	19/356 (5,3%)	0,55
Estrés	28/287 (9,8%)	30/70 (42,9%)	58/357 (16,2%)	0,48
Todos los temas	119/1439 (8,9%)	62/343 (18,1%)	181/1782 (10,2%)	

[a]La sobrenotificación de cada tema se calcula como el número de notificaciones de médicos sobre diálogos de los que no existe otra referencia en la cinta (ni en el cuestionario del paciente), dividido por el número total de diálogos notificados por los médicos y de los que existen pruebas grabadas.

[b]La subnotificación de cada tema se calcula como el número de notificaciones de médicos que no refieren diálogo aunque existan pruebas grabadas de que éste se ha efectuado (y se había considerado que era más que breve), dividido por el número total de notificaciones de no diálogo hechas por los médicos y que no han sido grabados en las cintas.

pos tampoco parecen coincidir en cuanto a los temas discutidos. Aunque la bibliografía refleja, por lo general, el temor a la sobrenotificación *(1, 5, 6)*, nuestros hallazgos indican que la subnotificación podría suponer una amenaza de la misma magnitud para la exactitud de los estudios sobre las prácticas de los médicos. Tanto médicos como pacientes tienden a subnotificar, más que a sobrenotificar, sus conversaciones sobre los estilos de vida, por un factor de dos.

La notificación fue más fiable en algunos aspectos de la promoción de la salud que en otros. Tanto los médicos como los pacientes reflejaron con bastante exactitud sus conversaciones sobre el tabaco y la dieta, mientras que las relacionadas con la actividad física, el alcohol y el estrés no fueron tan exactas. Además, la naturaleza del diálogo guardó relación con la tendencia a la subnotificación de todos los temas, salvo el estrés. Cuanto más breve y menos intensa fue la discusión, menos probable era su notificación, lo que indica, como sugiere Radecki *(11, 12)*, que hay un umbral necesario de tiempo y de esfuerzo para que los médicos informen que una actividad se ha desempeñado. Sin embargo, la definición de ese umbral está lejos de ser universal y existen grandes variaciones de la notificación.

Entre los médicos se dio, sobre todo, la tendencia a subnotificar las discusiones sobre el estrés: no mencionaron casi la mitad (43%) de los intensos diálogos escuchados en las cintas. En otro lugar *(15)* hemos descrito que las conversaciones sobre este tema tienen la peculiaridad de que, en 81% de los casos, son los pacientes quienes las dirigen y las

CUADRO 3. Notificación errónea por los pacientes acerca del asesoramiento

	Sobrenotificación[a]	Subnotificación[b]	Total notificación errónea	Kappa
Tabaco	9/332 (2,7%)	3/44 (6,8%)	12/376 (3,2%)	0,85
Dieta/peso	10/251 (4,0%)	20/126 (15,8%)	30/377 (8,0%)	0,85
Ejercicio	35/291 (12,0%)	20/85 (23,5%)	55/376 (14,6%)	0,59
Alcohol	10/361 (2,8%)	3/16 (18,7%)	13/377 (3,4%)	0,62
Estrés	40/298 (13,4%)	23/77 (29,9%)	63/375 (16,8%)	0,52
Todos los temas	104/1533 (7,0%)	69/348 (19,8%)	173/1881 (9,2%)	

[a]La sobrenotificación de cada tema se calcula como el número de notificaciones de pacientes sobre diálogos de los que no existe otra referencia en la cinta (ni en el cuestionario del médico), dividido por la cifra total de diálogos notificados por los pacientes y de los que existen pruebas grabadas.

[b]La subnotificación de cada tema se calcula como el número de notificaciones de pacientes que no refieren diálogo aunque existan pruebas grabadas de que éste se ha efectuado (y se había considerado que es más que breve), dividido por el número total de notificaciones de no diálogo hechas por los pacientes y que no han sido grabados en las cintas.

dominan. Ellos suelen tomar la iniciativa y los médicos adoptan una postura menos activa, pero de empatía. Pese a todo, estas conversaciones fueron clasificadas como intensas y prolongadas y ocuparon un promedio de tres veces el tiempo de visita dedicado a cualquier otro aspecto de la promoción de la salud. Considerando la energía y el tiempo que los médicos dedicaron al asesoramiento relacionado con el estrés, resulta particularmente sorprendente esta ausencia de notificación. De hecho, la intensidad del asesoramiento no guardó relación con la subnotificación en este tema. Quizás el olvido frecuente de anotar estos diálogos se explique por el papel pasivo que adoptan los médicos, o quizás por su falta de confianza en que la conversación logre reducir el estrés de sus pacientes. En este sentido, las discusiones sobre el alcohol también estuvieron dominadas por los pacientes y también mostraron tasas relativamente altas de subnotificación por los médicos.

Por otra parte, y al revés de lo sucedido con las altas tasas de subnotificación de las conversaciones sobre el estrés, aquellas acerca del tabaco casi nunca se subnotificaron y, en general, se informaron de forma muy exacta. Quizás la abundancia de información que existe sobre este tema haya ayudado a los médicos a introducir sus mensajes en el asesoramiento habitual. Los médicos parecían seguros de sí mismos a este respecto y sus recomendaciones eran directas *(15)*. También mostraron una tendencia mucho mayor a dominar la discusión.

En todos los temas, salvo en el de la actividad física, la notificación de los pacientes tuvo la tendencia a ser algo más exacta que la de los médicos. Dos categorías, dieta y tabaco, se notificaron con gran precisión. Las otras fueron más problemáticas. Las tasas de notificación errónea de las conversaciones sobre actividad física y estrés fueron relativamente altas en comparación con las de otras categorías, y los errores fueron tanto de sobre como de subnotificación. Ello podría indicar que hay confusión acerca de la definición del asesoramiento sobre estos aspectos de la promoción de la salud, así como un posible sesgo de notificación. Por el contrario, en lo que concierne a las discusiones sobre el alcohol, se produjo una escasa sobrenotificación en comparación con la subnotificación, quizás porque la confusión al respecto es menor. Los pacientes y los médicos pueden haberse sentido menos cómodos hablando del tema del alcohol que de otros temas y, de hecho, la intensidad del asesoramiento sobre este aspecto fue menor que la de cualquier otro *(15)*.

¿Por qué se olvidan los pacientes de notificar unos temas y no otros? Es posible que los pacientes olviden o ignoren los mensajes desagradables o las recomendaciones difíciles de seguir. Sin embargo, todas las recomendaciones sobre el estilo de vida de que tratamos en este artículo son problemáticas. Así es, por ejemplo, el caso del tabaco y la dieta de los que, no obstante, los pacientes recordaban casi perfectamente sus conversaciones. Como se indicó más arriba, los médicos parecían mucho más seguros de sí mismos cuando hablaban de estos dos temas. Los mensajes transmitidos a los pacientes eran muy claros y a menudo se relacionaban con cambios fisiológicos. Los mensajes sobre otros temas eran mucho menos imperativos.

Otros hallazgos inquietantes se refieren a las tasas muy bajas de concordancia entre pacientes y médicos acerca de lo que sucedió durante la visita. Sobre todo en lo que concierne a la actividad física y a la reducción del estrés, casi parece que no hubieran estado en la misma consulta. También conviene observar que pacientes y médicos tenían tasas de exactitud muy parecidas, y generalmente respetables, cuando se compararon sus notificaciones con los registros grabados. Evidentemente, los pacientes y los médicos no identificaban como asesoramiento los mismos diálogos.

Esta discrepancia puede tener varias explicaciones. En primer lugar, puede ser un simple problema de memoria y parte de la conversación, sencillamente, se olvidó. Aunque cierto grado de olvido es inevitable, no

parece explicar toda la discrepancia observada en nuestro estudio, si tenemos en cuenta las tasas de concordancia, sumamente altas, que se encontraron entre las notificaciones y las grabaciones de las charlas sobre el tabaco y la dieta. Además, los diálogos sobre el estrés deberían haber sido fáciles de recordar, teniendo en cuenta el tiempo que se dedicó a los mismos en comparación con el destinado a otros temas. Más probable que el simple olvido, es la posibilidad de error por confusión acerca de la definición de estrés. El médico y el paciente pueden haber entablado una larga discusión sobre los problemas de la vida cotidiana, incluyendo las relaciones familiares, la salud emocional y las tensiones laborales, pero el paciente puede no haber reconocido estos temas como relacionados con el estrés, ni interpretado el resultado de la conversación como una recomendación para reducir el mismo. De hecho, los pacientes y los médicos pueden no haber compartido una definición común de lo que significa la palabra "recomendación", y no digamos ya "estrés".

El médico puede haber omitido parte de la discusión por no creer que el paciente haría caso de las recomendaciones. Parte puede haber sido omitida por el paciente por no tener intención alguna de seguir la recomendación. Sin embargo, es probable que estos sean diálogos distintos. En la consulta médica hay muy poca conversación directa sobre la probabilidad de observancia, y los médicos fueron muy inexactos en su predicción del cumplimiento de los pacientes *(13)*. Además, puede haber casos de omisión por una de las partes debido a que la discusión fue muy breve o de carácter informal, mientras que la otra parte consideró que el diálogo había sido importante. Todas estos hechos pueden haber contribuido a las tasas de concordancia bajísimas que se describen en este artículo, que indican que médicos y pacientes no comparten una medida común para evaluar la importancia de un diálogo, sobre todo en lo que se refiere a la actividad física y al estrés.

El estudio tiene varias limitaciones, sobre todo con respecto al método de selección de la muestra. El reclutamiento de médicos y pacientes se hizo con base en una muestra de conveniencia y puede haber existido un sesgo de autoselección. Los médicos participantes colaboraban de formas más o menos estrechas con el Grupo de Trabajo sobre Médico y Paciente de la Sociedad de Medicina Interna General, bien por ser miembros, bien por conocer personalmente a miembros, o a través de su participación en programas de residencia asociados a miembros. Es posible que estos médicos difieran en ciertos aspectos desconocidos de la población, más amplia, de profesionales de atención primaria. Además, los médicos participantes eran bastante jóvenes, con una media de edad de 35 años. Sin embargo, la juventud de la cohorte puede incrementar nuestra confianza en los resultados, ya que es probable que la formación de los médicos de más edad no haya incluido aspectos relacionados con la prevención y podría presentar efectos de confusión de período.

Los criterios de selección de los pacientes del estudio (pacientes adultos con enfermedades crónicas conocidos por sus médicos que habían tenido al menos dos consultas previas) creó una población de estudio con una media de edad ligeramente mayor (60 años) de la habitual en las consultas de atención primaria. Sin embargo, creemos que el uso de estos criterios permite representar mejor la experiencia de los pacientes que tienen una relación establecida con sus médicos y que reciben de ellos atención de seguimiento y continuada. Se ha calculado que entre 80 y 90% de todas las visitas médicas son de repetición, es decir, entre un médico y un paciente que se han visto uno al otro previamente *(16)*. No nos fue posible distinguir a los pacientes que acudían por un problema agudo de los que visitaban al médico para un seguimiento rutinario de su proceso crónico y es posible que la naturaleza de la visita haya influido en el recuerdo o en las recomenda-

ciones preventivas de formas no evaluadas en este estudio.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Estos hallazgos tienen múltiples implicaciones para la medición e interpretación de los objetivos de educación para la salud de los pacientes de Gente Sana 2000. En primer lugar, las tasas de subnotificación de pacientes y médicos son muy bajas en lo que se refiere al tabaco y a la dieta. Estas áreas de la promoción de la salud han sido investigadas con mayor detalle que las demás y han recibido más atención por parte de los medios de comunicación profesionales y generales. Tanto los pacientes como los médicos conocen mejor las recomendaciones que deben hacerse en estos campos, y es menos probable que confundan o interpreten erróneamente sus diálogos. Por tanto, los resultados de las encuestas deberían proporcionar datos exactos al respecto.

Las conversaciones sobre actividad física, alcohol y estrés se notifican con menos exactitud que las relacionadas con el tabaco y la dieta. El estrés es un tema de conversación frecuente en las consultas de atención primaria, pero no se sabe con seguridad ni cómo se define ni qué expectativas tienen los profesionales y los enfermos respecto a estas discusiones. En consecuencia, las mediciones de los objetivos de la educación de los pacientes en estos temas precisan una metodología y un estudio más elaborados. Los resultados de las encuestas pueden ser insuficientes para obtener una imagen exacta de los servicios y sería preciso establecer otras formas de controlar el progreso en estas áreas importantes.

Por último, el reconocimiento de que las discusiones sobre promoción de la salud son una característica frecuente e importante de las visitas en la atención primaria sugiere que se debería prestar más atención a la formación de los médicos para lograr que los diálogos fueran más eficaces, sobre todo en cuanto al control del estrés.

Reconocimiento. Este trabajo fue posible gracias a la participación de los miembros del Grupo de Estudio Colaborador del Grupo de Trabajo sobre Médico y Paciente de la Sociedad de Medicina Interna General. Sus miembros son: Debra Roter, Dr.PH, Investigadora Principal (Universidad John Hopkins); Klea Bertakis, MD (UC Davis); Rita Charon, MD (Universidad de Columbia); Stephen Cohen-Cole, MD (Universidad de Emory); Oliver Fein, MD (Universidad de Columbia); James Florek, MD (Universidad de Massachusetts); Michele Green, DrPH (Brooklyn College); Thomas Inui, MD (Universidad de Washington); Barbara Korsch, MD (Hospital de Niños de Los Angeles); Mack Lipkin, Jr., MD (Universidad de Nueva York); Franklin Medio, PhD (Colegio de Medicina Osteopática de Chicago); Samuel Putnam, MD (Hospital de Veteranos de Bedford); Anthony Suchman, MD y Thimothy Quill, MD (Universidad de Rochester); Katherine Rost (Universidad de Arkansas); David Simon (Universidad del Estado de Nueva York/ Upstate Medical Center); Michael Simon (Universidad de Boston); Barbara Starfield, MD (Universidad de Johns Hopkins); Moira Stewart, PhD (Universidad de Western Ontario); William Stiles, PhD (Universidad de Miami [Ohio]); Bryce Templeton, MD (Colegio de Medicina Thomas Jefferson).

REFERENCIAS

1. Department of Health and Human Services. (1991). *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives* (DHHS Publication No. PHS 91-50212). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
2. Lewis CE: Disease prevention and health promotion practices of primary care physicians in the United States. *Am J Prev Med* Suppl. 4:9–16, 1988.
3. Ley P: Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol* 18:245–255, 1979.
4. Joyce CB, Caple G, Mason M, Reynolds E, Mathews J: Quantitative study of doctor-patient communication. *O J Med* 38:183, 194, 1968.

5. Svarstad B: *The Patient-Physician Encounter: An Observational Study of Communication and Outcome.* Doctoral dissertation, University of Wisconsin, Department of Sociology, 1974.
6. Norman GR, Neufeld VR, Walsh A, Woodward CA, McConvey GA: Measuring physicians' performances by using stimulated patients. *J Med Educ* 60:925–934, 1985.
7. Hoppe RB, Farquhar LJ, Henry R, Stoffelmayr B: Resident's attitudes towards and skills in counseling: Using undetected standardized patients. *J Gen Intern Med* 5:415–420, 1990.
8. Zuckerman AE, Starfield B, Hochreiter c, Kovasznay B: Validating the content of pediatric outpatient medical records by means of tape recording. *Pediatrics* 56:407–411, 1975.
9. Bentsen BG: The accuracy of recording patient problems in family practice. *J Med Educ* 51:311–316, 1976.
10. Jencks SF: Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care. *JAMA* 253:1903–1907, 1985.
11. Radecki SE, Mendenhall RC: Patient counseling by primary care physicians: Results of a nationwide survey: *Patient Educ Counseling* 8:165–177, 1986.
12. Radecki SE: Patient counseling by specialists in internal medicine: Results of a nationwide survey. *Patient Educ Counseling* 8:179–188, 1986.
13. Russell NK: *Health Promotion Practice of Primary Care Physicians: Direct Observation of Lifestyle Discussion in Routine Visits.* Doctoral dissertation, Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland, 1990.
14. Landis JR, Koch GG: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33:159–174, 1977.
15. Russell NK, Roter DL: Lifestyle discussion in routine primary care visits. *Am J Public Health* (in press).
16. Cypress EK: *Patterns of Ambulatory Care in General and Family Practice: The National Ambulatory Medical Care Survey* (Vital and Health Statistics: Series 13, No. 73). Hyattsville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, 1983.

QUINTA SECCIÓN

PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA GRUPOS ESPECÍFICOS

LOS PROGRAMAS PARA LA JUVENTUD DE CARELIA DEL NORTE

Erkki Vartiainen,[1] Kerttu Tossavainen,[1] Liisa Viri,[1] Erja Niskanen[1] y Pekka Puska[1]

INTRODUCCIÓN

En la mayor parte del mundo industrializado, las enfermedades cardiovasculares y otros procesos crónicos constituyen los principales problemas de salud pública. Durante los últimos años, se ha comprobado de forma más que evidente que la prevención de estas enfermedades debería comenzar en la niñez *(1, 2)*. Las justificaciones epidemiológicas para iniciar las actividades de promoción de la salud dirigidas a los jóvenes son poderosas. La primera razón para iniciar la prevención en edades tempranas es que los trastornos también se inician precozmente; la segunda, es que los principales factores de riesgo y los patrones de comportamiento relacionados con esos trastornos se establecen en la infancia y en la juventud. Se sabe que las concentraciones de colesterol sérico de los niños finlandeses son extraordinariamente altas, si se comparan con las de otros países *(3–5)*.

Se han llevado a cabo cuatro estudios distintos en la provincia finlandesa de Carelia del Norte, a fin de ver en qué medida es posible prevenir los factores de riesgo cardiovascular en los niños y adolescentes. Las dos primeras investigaciones fueron de base familiar, mientras que las otras dos se orientaron sobre todo hacia la comunidad y el medio escolar.

ESTUDIOS DIETÉTICOS EN FAMILIAS

Estos estudios tuvieron como objetivo principal evaluar la posibilidad de que una modificación de la dieta de los niños pueda influir en su colesterol sérico y presión arterial. El primer estudio de intervención dietética contó con la participación de 30 familias independientes de la zona rural de Carelia del Norte y consistió en un período inicial de dos semanas, un período de intervención de seis semanas y un período de reversión de seis semanas. Durante la fase de intervención, se instruyó a los padres para que consumieran una dieta de bajo contenido graso con un cociente alto de grasas poliinsaturadas a grasas saturadas (P/S). A lo largo del estudio, los padres llevaron registros de los alimentos consumidos en días alternos. El estudio incluyó a 12 familias con un total de 16 niños de 13 a 15 años de edad (8 varones y 8 mujeres). Se indicó a los padres que la dieta indicada sería también saludable para sus hijos, pero no se controló la ingesta

Fuente: *New York Academy of Sciences Annals* 1991; 623:223–349. Se publica con permiso de la Academia de Ciencias de Nueva York, Nueva York, NY, Estados Unidos de América.

[1]Instituto Nacional de Salud Pública. Helsinki, Finlandia.

CUADRO 1. Medias y desviaciones estándar de la ingesta diaria calculada de nutrientes expresada en gramos y como porcentaje de la ingesta energética

	Basal (n = 36)	Intervención (n = 36)	Reversión (n = 36)
Proteínas (g)	82 ± 25	78 ± 22	68 ± 21
(%)	14 ± 2	15 ± 2	13 ± 2
Carbohidratos (g)	310 ± 84	319 ± 101	285 ± 77
(%)	51 ± 5	60 ± 4	53 ± 5
Grasas (g)	94 ± 32	55 ± 20	91 ± 25
(%)	35 ± 4	24 ± 4	34 ± 5
Grasas saturadas (g)	52 ± 18	23 ± 8	44 ± 13
(%)	20 ± 3	102	19 ± 4
Grasas monoinsaturadas (g)	30 ± 11	17 ± 7	25 ± 9
(%)	11 ± 2	7 ± 1	11 ± 2
Grasas poliinsaturadas (g)	9 ± 4	13 ± 6	9 ± 4
(%)	3 ± 1	6 ± 2	4 ± 1
Colesterol (mg)	408 ± 142	274 ± 128	359 ± 151
Cociente P/S	0,18 ± 0,09	0,61 ± 0,24	0,20 ± 0,10
Energía (kcal)	2373 ± 644	2033 ± 616	2099 ± 563

alimentaria de estos últimos. En los padres, la proporción de energía procedente de la grasa disminuyó de un 39% inicial a 24% durante el período de intervención y se elevó de nuevo a 36% en la fase de reversión. Los cocientes P/S correspondientes a las tres etapas fueron 0,13, 1,17 y 0,16. Los valores de colesterol sérico total de los padres descendieron desde 6,54 mmol/l hasta 4,9 mmol/l (23%) y los de los hijos, de 5,6 mmol/l a 4,9 mmol/l (13%). En ambos, pero sobre todo en los padres, los valores volvieron a ascender durante la reversión.

En el segundo estudio familiar, los niños participaron de una forma más activa *(6)*. Sus dietas se documentaron en registros mantenidos durante tres días de cada período. En estas familias había un total de 26 niños de 8 a 18 años de edad residentes en dos comunidades semirrurales de Carelia del Norte. Tras un período basal de dos semanas con su dieta habitual, la proporción de energía procedente de las grasas se redujo desde el valor inicial de 35% hasta 24% y el cociente de grasas poliinsaturadas/saturadas subió de 0,18 a 0,61 durante el período de intervención de 12 semanas (cuadro 1). A continuación, los niños volvieron a su régimen normal durante un período de reversión de cinco semanas. El colesterol sérico medio total descendió en 15% durante la fase de intervención y ascendió de nuevo, casi a sus niveles iniciales, durante la de reversión (cuadro 2). Se observaron cambios similares del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y también, hasta cierto punto, de las apolipoproteínas AI, AII y B. La presión arterial no manifestó cambios y, aunque se produjo un descenso de la presión arterial sistólica durante la intervención, no se observó aumento alguno durante la etapa de reversión.

Así pues, las elevadas concentraciones séricas de colesterol observadas en muchos de los estudios epidemiológicos efectuados en Finlandia parecen debidas, sobre todo, a la dieta finlandesa típica y es posible hacerlas descender mediante modificaciones de la ingesta alimentaria. El siguiente dilema consiste en saber hasta qué punto es posible modificar la dieta de toda una población. Este fue y es uno de los objetivos principales de los Proyectos para la Juventud de Carelia del Norte primero y segundo.

EL PRIMER PROYECTO PARA LA JUVENTUD DE CARELIA DEL NORTE (1978–1980)

Introducción

El objetivo del primer Proyecto para la Juventud de Carelia del Norte, que se llevó

a cabo entre 1978 y 1980, consistió en evaluar si una intervención orientada hacia la comunidad y el medio escolar sería factible y eficaz para prevenir el hábito de fumar y modificar los hábitos relacionados con el colesterol sérico y la presión arterial. El estudio se diseñó dentro del marco del protocolo "Precursores de la aterosclerosis en la infancia" *(7)* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del programa internacional Conoce Tu Cuerpo *(8)*. Al igual que otros planes similares iniciados en otros centros europeos, el proyecto pasó a formar parte de un estudio de colaboración de la OMS denominado Promoción de la Salud en la Juventud. Los principios y métodos aplicados al Proyecto para la Juventud de Carelia del Norte han sido ya descritos con mayor detalle en otros trabajos *(9)*. Este artículo se refiere a los efectos de la intervención sobre el hábito de fumar, la dieta, el colesterol sérico y la presión arterial.

Se llevó a cabo un programa de dos años de duración con niños de Carelia del Norte que se encontraban en séptimo grado (13 años de edad) durante el otoño de 1978.

En las dos escuelas donde se hizo la intervención directa, el programa completo estuvo a cargo de los miembros del equipo del proyecto. Un objetivo adicional de este consistió en evaluar si una intervención en todas las escuelas del condado basada en actividades locales, precedidas de medidas administrativas y de formación, sería factible y tendría efectos similares. En consecuencia, se recomendaron las mismas medidas en otras escuelas de Carelia del Norte y se suministraron los materiales y la formación necesarios.

El programa de prevención del consumo de tabaco tenía por objeto incrementar la percepción social atractiva de no fumar y enseñar a los niños la capacidad para resistir las presiones sociales que favorecen el uso del tabaco. El programa utilizó dirigentes sociales de 14 y 15 años de edad y de ambos sexos, pertenecientes al grupo de iguales, como agentes primarios para transmitir los mensajes antitabaco en las aulas. Estos líderes sirvieron como modelos positivos para los niños que podrían querer empezar a fumar. Durante la intervención, se realizaron 10 sesiones en las escuelas de intervención directa, mientras que en la intervención a nivel de todo el condado se hicieron cinco sesiones que cubrieron los aspectos fundamentales del programa.

La intervención sobre la dieta tuvo como objetivo reducir el consumo total de grasas e incrementar el consumo de ácidos grasos poliinsaturados a fin de disminuir el contenido total de colesterol de la dieta y aumentar su contenido de fibras para reducir las cifras de colesterol sérico total. La modificación de la presión arterial se haría, sobre todo, reduciendo la ingesta de sodio. La prevención de la obesidad era también un objetivo aunque de menor importancia, ya que sus tasas no eran muy altas.

En Finlandia, todos los niños reciben un almuerzo escolar gratuito. En las dos inter-

CUADRO 2. Medias y desviaciones estándar de los lípidos y apolipoproteínas del suero y presión arterial al final de los tres períodos

	Basal (n = 31)	Intervención (n = 31)	Reversión (n = 31)
Colesterol (mmol/l)	4,94 ± 1,01	4,18 ± 0,65[b]	4,65 ± 0,76[b]
Colesterol HDL (mmol/l)	1,45 ± 0,30	1,20 ± 0,22[b]	1,41 ± 0,26[b]
Triglicéridos (mmol/l)	0,86 ± 0,37	1,00 ± 0,43	0,91 ± 0,35
Apo AI (mg/dl)	143 ± 23	131 ± 16[b]	142 ± 21[b]
Apo AII (mg/dl)	37,3 ± 5,4	35,9 ± 4,4[a]	37,3 ± 5,0[a]
Apo B (mg/dl)	77,5 ± 13,4	72,8 ± 12,8[a]	79,2 ± 15,4[b]
Presión arterial sistólica	118 ± 13	114 ± 14[b]	113 ± 12
Presión arterial diastólica	72 ± 11	69 ± 10[b]	68 ± 11

[a] $p < 0,005$.
[b] $p < 0,001$; prueba de la t emparejada de una vía.

venciones directas, se sustituyó la mantequilla para untar el pan por margarina blanda (cociente P/S > 1). En vez de leche entera (2,9 a 3,9% de grasa) se dio a los niños leche desnatada (grasa < 0,05%), descremada (grasa < 0,08%) o agua. Se empleó aceite vegetal para cocinar y aliñar las ensaladas. Siempre que fue posible, se ofrecieron productos de carne magra. Se alentó el consumo de pescado, aves de corral, distintas verduras y ensaladas frescas y se evitó el uso de yemas de huevo. Se exigió a las empresas de alimentación que suministraban a estas escuelas que redujeran el contenido de sal de sus productos, y la utilizada para cocinar se sustituyó por una sal mineral especial en la que aproximadamente 30% del contenido de sodio había sido reemplazado por magnesio o potasio. Se recomendó la aplicación de cambios semejantes en las otras escuelas y en las comidas familiares. Un nutricionista visitó los hogares de los niños de las escuelas de intervención directa y situados en el 15° percentil superior de las distribuciones de colesterol y presión arterial. El plan de docencia escolar también incluyó el tema de la dieta sana.

Para promover cambios de comportamiento, se llevaron a cabo reuniones de padres, se prepararon folletos, carteles y recomendaciones escritas y se editó una revista del proyecto; también se acudió a los medios de comunicación de masas. Una enfermera escolar se encargó de explicar a los niños los resultados de los exámenes de detección sistemática. Además, se estableció un pasaporte sanitario especial. Con posterioridad, una enfermera escolar repitió las pruebas de detección una o dos veces al año y aconsejó y asesoró a los niños que usaban el pasaporte. El seguimiento de los cambios de comportamiento de los distintos cursos se hizo por medio de pequeñas encuestas repetidas y sus resultados se exhibieron en gráficas y se discutieron en la escuela.

Diseño y mediciones del estudio

La encuesta inicial de 1978 se hizo en las dos escuelas de intervención directa (una urbana y otra rural), en dos escuelas equiparadas que representaban al resto de Carelia del Norte (una urbana y una rural) y en otras dos escuelas (también urbana y rural) de la zona de referencia, ubicada en otra provincia de Finlandia oriental. A continuación, se estudiaron todos los niños de séptimo grado de estas seis escuelas y sus respectivos padres. Se investigó asimismo la composición de los almuerzos escolares de todas ellas.

En el otoño de 1980, inmediatamente después de finalizar el programa de dos años, se hizo una encuesta de seguimiento que usó las mismas mediciones de la encuesta inicial. Además, se realizaron otras tres encuestas de seguimiento, con el objeto principal de evaluar el hábito de fumar: la primera se hizo en la primavera de 1981, la segunda, en el otoño de 1982 y la tercera, en 1986. En 1978, había 966 niños en séptimo grado; de ellos, 62 abandonaron la escuela durante el período de intervención, por lo que en el estudio definitivo participaron 904 niños. Todos ellos se incluyeron en la encuesta inicial; 85% fueron parte del primer seguimiento, 81 y 84%, del segundo y tercero respectivamente y 75%, del último de ellos, realizado en 1986. La situación con respecto al hábito de fumar se determinó mediante un cuestionario. La presión arterial se midió dos veces en el brazo derecho con un manguito de 12 cm × 22 cm. El colesterol sérico se tituló mediante la reacción de Liebermann-Burchard en la primera encuesta y con métodos enzimáticos en la segunda.

Resultados

Tabaco

El porcentaje de fumadores que notificaron fumar al menos una o dos veces al mes en los distintos grupos de escuelas se presenta en la figura 1. En la encuesta inicial, antes de poner en práctica el programa de séptimo grado, fumaban 4,9% de los escolares según este criterio. La proporción de niños fumadores aumentó el doble en las escuelas de

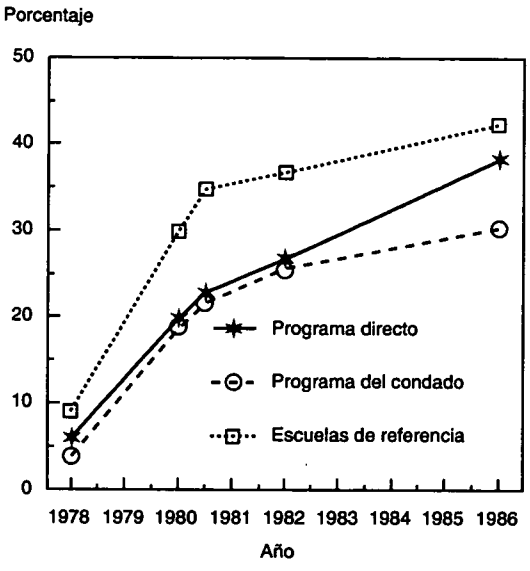


FIGURA 1. Porcentaje de alumnos que notificaron fumar al menos una vez al mes, por grupo de intervención y año

referencia en comparación con las de intervención.

Inmediatamente después del programa, cuando los niños estaban en noveno grado, 20% afirmaron fumar en ambos tipos de escuelas de intervención, mientras que en las escuelas de referencia la proporción fue de 30% ($p < 0,005$). En la primavera de 1981, seis meses después de concluido el programa de intervención, la proporción de fumadores había incrementado en 2,5% en todos los grupos de escuelas, pero el aumento fue mayor en las escuelas de referencia. La diferencia entre el número de fumadores de las escuelas de control y ambos tipos de escuelas de intervención fue, una vez más, estadísticamente significativa.

El próximo seguimiento se hizo dos años después de finalizar el programa (cuatro años después del comienzo del mismo). La proporción de niños que afirmaron que fumaban fue de 27% en las escuelas de intervención directa, 26% en las escuelas de intervención del condado y 37% en las escuelas de referencia ($p < 0,05$ y $p < 0,001$). En el último seguimiento a los ocho años, se mantenían las diferencias entre los grupos de intervención dirigidos por un maestro y los grupos de referencia. La diferencia entre las escuelas de intervención directa y de referencia no fue, sin embargo, estadísticamente significativa *(10)*.

Dieta y colesterol total sérico

Los cambios de la dieta escolar se presentan en el cuadro 3. Antes de la intervención, alrededor de 37% de la ingesta energética diaria total de las comidas escolares de los tres grupos procedía de las grasas. Este porcentaje disminuyó en alrededor de 5% en todos los grupos escolares. El cociente P/S de la dieta de las escuelas de intervención directa aumentó de 0,12 a 0,60. La causa más importante fue la sustitución de la mantequilla por margarina blanda y de la leche entera por leche desnatada y el uso de aceite vegetal para cocinar y aliñar las ensaladas. El colesterol de la dieta también disminuyó más en las escuelas de intervención que en las de referencia.

En las escuelas de intervención directa se produjo una clara disminución de la cantidad diaria de grasa procedente de la leche y de la mantequilla (cuadro 4). En los hombres, el descenso fue de 17% (de 48 g a 40 g) y en las niñas, de 46% (de 35 g a 19 g). La causa principal de esta reducción fue el cambio del tipo de leche que los niños solían beber en su casa y en la escuela. La proporción de varones que pasaron de la leche entera (4,9% de materia grasa) o "normal" (3,9%) a la leche de bajo contenido graso fue de 12% y la de las niñas, de 20%.

El colesterol total sérico medio era de 5,1 mmol/l al comienzo del estudio y se redujo en alrededor de 0,5 mmol/l en los niños de los tres grupos escolares. Por el contrario, en las niñas de las escuelas de intervención disminuyó en 0,43 mmol/l, en las de las escuelas de intervención de los condados bajó en 0,35 mmol/l y en las escolares de la zona de referencia, en 0,21 mmol/l. La diferencia del descenso observado entre las niñas que fueron objeto de la intervención directa y las de

CUADRO 3. Contenido nutritivo del almuerzo escolar en 1978 y 1980 y cambio por grupo de escuelas

	Energía (kcal/almuerzo)			Poporción de la energía total (%)								
				Proteínas			Grasas			Carbohidratos		
	1978	1980	Cambio	1978	1980	Cambio	1978	1980	Cambio	1978	1980	Cambio
Intervención directa	503	463	−40	18,5	18,0	−0,5	36,5	32	−4,5	45	50	+5
Intervención del condado	548	523	−25	15,5	16,5	+1,0	36,5	31,5	−5	49	52	+3
Escuelas de referencia	514	549	+35	18,5	17,5	−1,0	38	33	−5	43,5	49,5	+6

	Cociente P/S			Colesterol dietético (mg/4, 2 MJ) (1000 kcal)			Hierro y vitamina C (mg/100 kcal)					
							Hierro			Vitamina C		
	1978	1980	Cambio	1978	1980	Cambio	1978	1980	Cambio	1978	1980	Cambio
Intervención directa	0,13	0,6	+0,47	212	168	−44	8,5	11,0	+2,5	57	74	+17
Intervención del condado	0,14	0,17	+0,03	239	199	−40	10,2	8,5	−1,7	66	60	−5
Escuelas de referencia	0,14	0,15	+0,01	255	223	−32	10,4	11,2	+0,8	62	62	0

CUADRO 4. Consumo diario de grasa con la leche (g)[a] en 1978 y 1980 y cambio en dos años por grupo de escuelas y sexo

	Niños				Niñas			
	Intervención directa	intervención del condado	Zona de referencia	ANOVA[b]	Intervención directa	Intervención del condado	Zona de referencia	ANOVA[b]
Grasa láctea (g) 1978	48 ± 26	53 ± 29	54 ± 29	NS	35 ± 17	36 ± 19	40 ± 21	NS
Grasa láctea (g) 1980	40 ± 32	52 ± 27	57 ± 27	$p < 0{,}001$	19 ± 14	33 ± 19	35 ± 19	$p < 0{,}01$
Cambio 1978–80	−8 ± 35	0 ± 28	−3 ± 29	$p < 0{,}01$	−16 ± 16	−2 ± 19	−5 ± 18	$p < 0{,}01$
n	159	148	128		135	135	146	
		$p < 0{,}001$[c]				$p < 0{,}01$[c]		
		NS[c]				NS[c]		

[a]Medias ± desviaciones estándar (DE).
[b]ANOVA, análisis de la varianza.
[c]Prueba de la t de dos vías.

la zona de referencia fue significativa ($p < 0,01$) (cuadro 5). Un análisis de covarianza en el que se usó el valor basal del colesterol sérico como covariable no modificó las diferencias observadas de los cambios de los grupos escolares. El resultado tampoco varió al añadir las diferencias de madurez sexual, talla y peso. No se observó efecto alguno en la presión arterial.

EL SEGUNDO PROYECTO PARA LA JUVENTUD DE CARELIA DEL NORTE

Con base en la experiencia obtenida en los estudios de intervención dietética familiar y en el primer Proyecto para la Juventud de Carelia del Norte, el segundo proyecto se inició en 1984 en 32 escuelas, con un total de 8.000 niños distribuidos en dos cohortes de edad. Los objetivos fueron, en general, idénticos a los del primer proyecto *(11)*.

En la adolescencia, el consumo de tabaco y de alcohol son hábitos estrechamente relacionados, y los programas de influencia social y de formación de la capacidad de resistencia que parecen eficaces para prevenir el primero también parecen serlo para el segundo.

El establecimiento de un consenso sobre la comprensión de los procesos sociopsicológicos involucrados en la adquisición de comportamientos insalubres ha señalado la utilidad potencial de complementar los programas de prevención con actividades destinadas a mejorar las relaciones familiares y escolares y a incrementar el apoyo social y la capacidad de afrontar el estrés.

Con estos antecedentes, los objetivos del programa fueron:

Comportamiento saludable:

- Prevenir el hábito de fumar
- Prevenir el uso y abuso de alcohol
- Mejorar la nutrición:
  a. reducir la ingesta total de grasa
  b. Incrementar el uso de grasas poliinsaturadas y el cociente entre esas grasas y las saturadas (cociente P/S)
  c. Reducir la ingesta de sal
  d. Reducir la ingesta de azúcar
- Promover los estilos de vida físicamente activos

Factores de riesgo biológicos:

- Reducir el colesterol sérico
- Reducir la presión arterial

Factores sociopsicológicos generales:

- Promover relaciones sociales positivas con el grupo de iguales, los adultos del entorno escolar y los padres
- Mejorar la capacidad de resolver y afrontar problemas, y las relaciones sociales

Consumo de tabaco y alcohol

El programa de intervención incluyó liderazgo de pares y formación para resistir las presiones sociales. Al comienzo de cada curso escolar, se pidió a cada clase que se dividiera en pequeños grupos y, a su vez, a cada grupo que eligiera un representante por votación. En el grupo de intervención directa, estos representantes siguieron un curso breve, de dos horas, de formación en el proyecto. Los representantes de los grupos ayudaban a los profesores a dirigir las representaciones, animaban a sus compañeros a participar en las actividades del proyecto y servían también como modelos de comportamiento.

Se informó a los estudiantes acerca de la naturaleza de la presión de los pares y se les enseñó a resistir las presiones que los podían inducir a fumar y beber. La formación constó de descripciones de presiones de pares y demostraciones de técnicas de resistencia mediante cintas de video acompañadas de actividades en la clase para practicar dichas técnicas. También se incluyó información acerca de las influencias de los padres y otros adultos, corrección de las expectativas nor-

CUADRO 5. Colesterol total sérico (mmol/l)[a] al comienzo y a los dos años de seguimiento, y cambios no ajustados y ajustados[b] en los diferentes grupos de escuelas

	Niños				Niñas			
	Intervención directa	Intervención provincial	Zona de referencia	ANOVA ANCOVA	Intervención directa	Intervención provincial	Zona de referencia	ANOVA ANCOVA
Colesterol sérico total (mmol/l) al comienzo	5,08 ± 0,89	5,21 ± 10,7	5,15 ± 0,82	NS	5,12 ± 0,93	5,11 ± 0,81	5,07 ± 0,77	NS
Colesterol sérico total (mmol/l) en el seguimiento	4,55 ± 0,94	4,71 ± 0,91	4,60 ± 0,77	NS	4,69 ± 0,93	4,76 ± 0,76	4,86 ± 0,79	NS
Cambio no ajustado (mmol/l)	−0,53 ± 0,65	−0,50 ± 0,58	−0,54 ± 0,59	NS	−0,43 ± 0,69	−0,35 ± 0,67	−0,21 ± 0,51	$p < 0,05$
Cambio ajustado (mmol/l)[b]	−0,57 ± 0,65	−0,44 ± 0,58	−0,55 ± 0,55	NS	−0,44 ± 0,69	−0,34 ± 0,67	−0,22 ± 0,51	$p < 0,05$
Número de niños	149	148	123		131	131	139	
					$p < 0,001$[c]			

[a]Medias ± DE.
[b]Análisis de covarianza (ANCOVA), covariables: colesterol al comienzo, cambios de la madurez sexual, talla y peso.
[c]Prueba de la t de dos vías.

mativas, actividades centradas tanto en la toma de decisiones sobre el consumo de tabaco como dirigidas al desarrollo de capacidades de afrontamiento del estrés y de identificación de recursos de ayuda. El programa consta de siete sesiones en séptimo grado, cinco en octavo y tres en noveno grado.

Educación sobre nutrición

En séptimo grado, todos los estudiantes asisten a clases de economía doméstica. Una lección trató de la dieta, del colesterol sérico y de la cardiopatía isquémica. Todas las comidas preparadas en estas clases contenían menos de 30% de grasas y el cociente P/S era superior a 0,5. Los maestros recibieron una capacitación especial para producir estos cambios. En noveno grado, una sesión se dedicó a hacer comprender las elecciones de alimentos y los comportamientos relacionados con la alimentación y sus consecuencias. Los estudiantes completaron un registro de alimentos relacionados con los comportamientos. En la segunda sesión, se trataron los hábitos alimentarios individuales y los cambios necesarios.

Almuerzo escolar

Los cambios introducidos en el almuerzo escolar pretendían reducir el colesterol sérico y la presión arterial. En las escuelas finlandesas, este almuerzo es gratuito para todos los alumnos. Por tanto, se obtuvo la autorización formal de la administración estatal, del condado y local. El nutricionista del proyecto abordó los aspectos prácticos repetida y personalmente con el personal de cocina. Se proporcionó la formación necesaria y se prepararon explicaciones por escrito. Los servicios de almuerzo escolar recibieron las recomendaciones siguientes:

- Usar margarina blanda para untar el pan
- Usar leche desnatada
- Usar aceite vegetal para cocinar y aliñar ensaladas
- Usar carnes magras, aves de corral y pescado
- Reducir el uso de sal

Detección sistemática

Normalmente, los servicios de sanidad escolar aplican un programa de detección sistemática de problemas de salud a todos los alumnos de octavo grado. Se hizo un seminario de un día de duración para proporcionar formación especial acerca del componente de educación para la salud de esta detección. Se midió la presión arterial de los niños. Cuando se encontraba algún alumno fumando en el recinto escolar, era remitido a la enfermera de la escuela para conversar sobre el tema. Los riesgos para la salud implícitos en el consumo de tabaco eran objeto de comentario, pero la atención se dirigía preferentemente a las circunstancias personales del alumno. El propósito fundamental consistía en prestar apoyo social para dejar el tabaco y para afrontar las presiones o tensiones que pueden facilitar su consumo.

Medios de comunicación

Durante el año escolar 1984–1985, se emitió un programa de televisión de 15 episodios llamado "Llaves de la Salud"; en el reparto participaron como voluntarios ocho padres de los alumnos de séptimo grado. Al mismo tiempo, en los centros de trabajo de los padres de estos alumnos se llevó a cabo un programa de educación para la salud. Los diarios locales y de distrito también participaron en el proyecto. Este ofreció una serie de artículos a los periódicos. Al comienzo del período de intervención, se celebró una reunión de la OMS sobre prevención de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en los niños, que se aprovechó para obtener una gran publicidad en la prensa. A cambio, los

medios de comunicación recibieron en su momento los datos sobre los resultados de las encuestas.

Diseño del estudio

El objetivo del plan de investigación es evaluar la viabilidad y los efectos del programa de intervención. El diseño del estudio se presenta en la figura 2. Se seleccionaron tres grupos de escuelas. En el primero, la intervención directa fue realizada por los trabajadores del proyecto, los maestros y los representantes de los alumnos adecuadamente formados. En el segundo, la responsabilidad de la intervención recayó fundamentalmente en los maestros, con formación y ayuda de los educadores para la salud del proyecto y apoyados por materiales escritos y audiovisuales que les fueron suministrados. Ocho escuelas más fueron utilizadas como grupo de referencia y en ellas se impartieron las clases de educación para la salud habituales. El programa se aplicó a dos cohortes de edad, entre los grados séptimo y noveno. En 1984, antes del comienzo de la intervención, se hicieron encuestas de los estudiantes que finalizaban el noveno grado; en 1987 se hicieron encuestas similares en la primera cohorte de edad y en 1989, se repitieron en la segunda cohorte. En la primavera de 1985 se efectuó asimismo una vigilancia interna de la primera cohorte de edad, al final del séptimo grado (después de un año escolar de intervención).

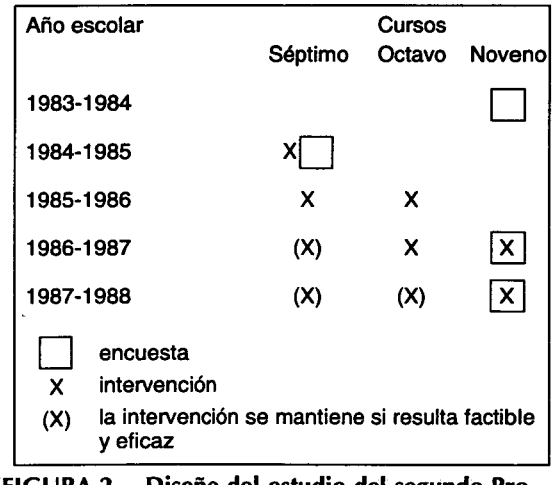


FIGURA 2. Diseño del estudio del segundo Proyecto para la Juventud de Carelia del Norte

Las encuestas investigaron los siguientes puntos:

1. Se pidió a todos los alumnos de noveno grado de 1984, 1987 y 1988 (n = 4253) que participaran en una sesión de cuestionarios de 45 minutos. En estas sesiones, los alumnos debían llenar un informe sobre sí mismos que consistía de 63 puntos a fin de identificar los siguientes aspectos: escuela, clase, sexo, edad y comportamiento.
2. En cada escuela, se seleccionaron aleatoriamente 16 hombres y 16 mujeres, que serían sometidos a un examen médico. Se midieron las variables siguientes: talla, peso, presión arterial (mediante métodos manuales y automáticos), madurez sexual (escala de Tanner), colesterol total sérico, colesterol HDL y tiocianato. En los alumnos de las escuelas de intervención directa y de control se analizaron también las concentraciones séricas de ácidos grasos.
3. Los niños sometidos al examen médico completaron un cuestionario adicional sobre sus conocimientos relacionados con la salud, sus creencias normativas sociales, sus normas sociales, la presión de sus pares, las capacidades para resistir las presiones sociales, el apoyo social y sus relaciones con sus padres.
4. Los padres de estos niños a su vez llenaron un cuestionario sobre variables socioeconómicas, sus propios comportamientos relacionados con la salud, sus creencias acerca de la salud, sus factores de riesgo y las enfermedades y la salud de sus hijos.
5. En las escuelas de intervención directa y las de control, se pidió el recuerdo

dietético de 24 horas de los niños que se sometieron al examen médico.

6. Se calculó la composición de la dieta escolar de un mes, según el libro de almacén del personal de cocina de cada escuela. En este artículo se presentan los efectos sobre los hábitos de fumar y beber, el comportamiento dietético, la dieta escolar y el colesterol total sérico.

Resultados

Hábito de fumar

Los efectos a corto plazo del programa se evaluaron mediante una encuesta que se realizó en la primavera con los alumnos de séptimo grado, después de un año escolar del programa. En las escuelas de intervención directa, 8,4% de los estudiantes admitieron que fumaban al menos una vez por semana; en las de intervención por maestros, la proporción fue de 10,9% y en las de referencia, de 15,5% (figura 3). En las escuelas de intervención directa había 49% menos fumadores que en las de intervención por maestros, y 30% menos que en las de referencia.

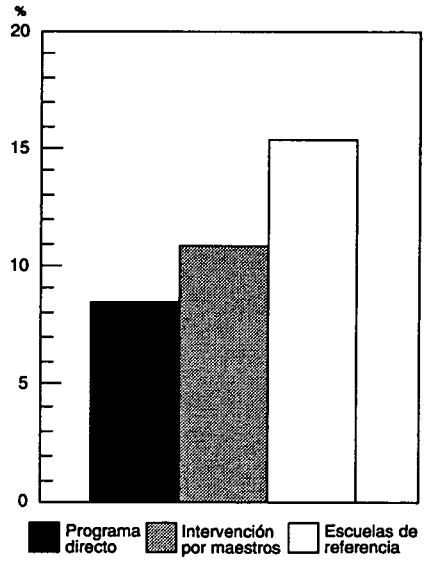


FIGURA 3. Porcentaje de alumnos que notificaron fumar al menos una vez al mes, por grupo de intervención al final de séptimo grado

Las tasas autonotificadas de consumo de tabaco en noveno grado antes del programa y en las dos cohortes de edad siguientes que participaron en el mismo se muestran en el cuadro 6. El consumo diario de cigarrillos aumentó de 22% en 1984 a 25% en 1988. Este incremento fue aproximadamente igual en todos los grupos de escuelas. El efecto del programa observado en séptimo grado no parece persistir ya en noveno grado.

Dieta

Se calculó un índice de hábitos dietéticos con base en el cuestionario. Los niños recibieron un punto por cada uno de los hábitos siguientes: uso de margarina, otro tipo de condimento sin grasa o nada con el pan, ya sea en el hogar o en la escuela; consumo de leche desnatada en la escuela o en casa, uso de aceites vegetales para aliñar las ensaladas, comer verduras al menos tres veces por semana, comer bayas o frutas al menos tres veces por semana, y no añadir sal a los alimentos cocinados. Los hábitos dietéticos cambiaron en sentido positivo en todos los grupos de escuelas, si bien los cambios fueron mayores en las de intervención directa y de intervención por los maestros. Los hábitos dietéticos de las niñas fueron más favorables que los

CUADRO 6. Tasa diaria de consumo notificado de tabaco en noveno grado antes del programa (1984) y en las cohortes de los años (1987, 1988) que participaron en el programa[a]

	Programa directo (%)	Programa dirigido por los maestros	Escuelas de referencia
1984	21,3	21,8	23,9
1987	23,3	25,3	27,5
1988	21,9	26,9	25,2

[a]Modelo loglineal: año, $p < 0{,}001$; grupo de escuelas, $p < 0{,}05$; veces año grupo de escuelas, NS.

CUADRO 7. Composición del almuerzo escolar en las escuelas de intervención directa y de control antes y después del programa

	Programa directo		Referencia	
	Antes	Después	Antes	Después
Proteínas	17,7%	20,9%	18,7%	19,1%
Grasas	34,0%	31,4%	37,0%	36,3%
Carbohidratos	48,3%	48,6%	44,1%	44,6%
Ferrit	1,8 mg/MJ	2,1 mg/MJ	1,8 mg/MJ	1,9 mg/MJ
Vitamina C	14,7 mg/MJ	17,7 mg/MJ	16,5 mg/MJ	15,0 mg/MJ
Azúcar	7,0%	5,8%	3,5%	5,6%
Cociente P/S	0,16	0,25	0,16	0,14

de los niños, pero el incremento fue aproximadamente igual en ambos sexos (figura 4).

En las escuelas de intervención directa y en las de referencia, la composición del almuerzo escolar se calculó para un período de un mes según el libro de almacén del personal de cocina de cada escuela (cuadro 7). En las de intervención directa, la proporción de grasa disminuyó de 34,0% del total energético a 31,4%. En las de referencia no se observaron cambios. El cociente entre grasas poliinsaturadas/saturadas cambió en las primeras, pero no en las segundas. El colesterol total sérico medio disminuyó de 4,67 mmol (179 mg/dl) a 4,55 mmol/l (176 mg/dl). El descenso fue de 2,6% y similar en todos los grupos de escuelas. La presión arterial sistólica cayó con mayor rapidez en el grupo de intervención directa que en el grupo de intervención por maestros (figura 5), mientras

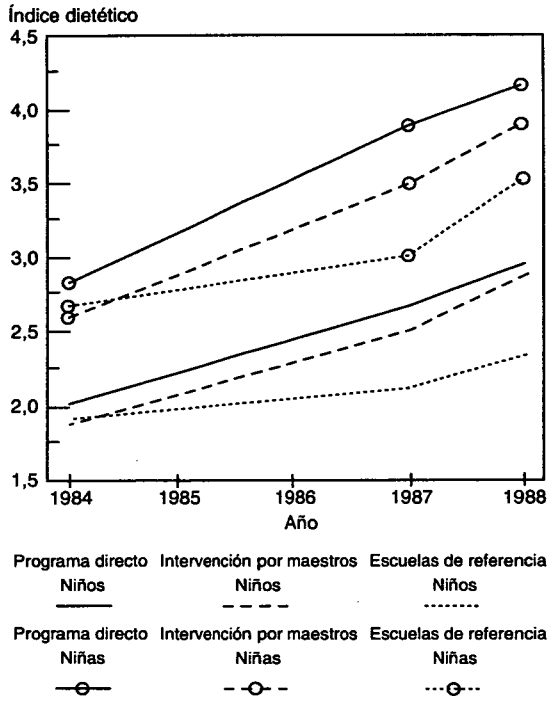


FIGURA 4. Hábitos dietéticos favorables por grupo de intervención y año

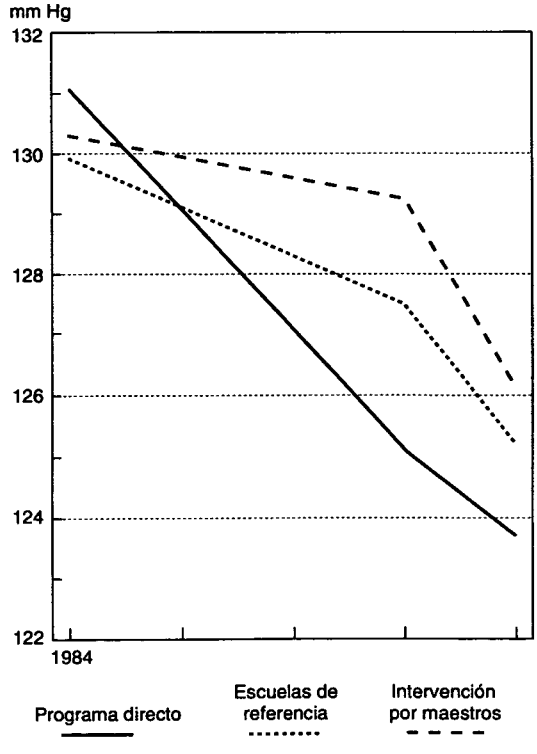


FIGURA 5. Cambio en la presión arterial sistólica por grupo de intervención y año

que no se identificó efecto alguno en la presión diastólica.

DISCUSIÓN

Los estudios familiares demuestran que las elevadas concentraciones sanguíneas de colesterol de los niños finlandeses pueden reducirse mediante cambios de la dieta. También revelan que los padres desempeñan un papel esencial. En el primer estudio, solo se modificó activamente la dieta de estos últimos, pero se les aconsejó dar la misma dieta a los niños. En el segundo estudio, se modificó la dieta de padres e hijos; sin embargo, en ambos se produjo una reducción aproximadamente similar del colesterol sérico de los jóvenes. Existen otros estudios en los que también se ha demostrado que es posible lograr un descenso del colesterol sérico infantil *(12, 13)*.

En el primer estudio comunitario, las modificaciones de la dieta fueron más marcadas en las escuelas que participaron directamente en el programa que en las escuelas de control. Los cambios observados fueron mayores en las niñas que en los niños, y así lo reflejaron las concentraciones séricas de colesterol. En el segundo estudio, los cambios dietéticos fueron mayores en el programa directo y en los dirigidos por maestros, en comparación con los de las escuelas de referencia. Sin embargo, las variaciones del colesterol sérico fueron semejantes en todos los grupos escolares. Es probable que las diferencias de los cambios dietéticos entre los grupos de escuelas fueran demasiado pequeñas como para mostrar los posibles efectos en la concentración de colesterol. Este disminuyó en todos los grupos, lo cual se debió, evidentemente, a los cambios de la dieta finlandesa. En años recientes se han planteado varios debates sobre el colesterol en Finlandia. Hemos adquirido una nueva legislación sobre las grasas que nos permite producir distintas clases de productos. La Asociación Finlandesa del Corazón ha realizado una campaña nacional sobre nutrición y enfermedades cardiovasculares. La Comisión Nacional de Educación ha emitido recomendaciones para todos los servicios de comida escolar en cuanto a la cantidad y tipo de grasa que deben contener los almuerzos. Estas recomendaciones se basaron en las de nuestro programa. La Encuesta Nacional sobre Comportamientos Relacionados con la Salud demuestra variaciones positivas de la dieta finlandesa. Así pues, resulta obvio que los cambios observados de la concentración de colesterol de los jóvenes son reales y asociados a los cambios generales experimentados por la dieta del país.

Durante los últimos 10 años, muchos estudios han demostrado que los programas con un enfoque de influencia social pueden prevenir el inicio del hábito de fumar, al menos en los seguimientos a corto plazo *(14)*. Casi todos ellos muestran que es posible retrasar ese inicio. No sabemos con seguridad cuales son los componentes más importantes y los factores mediadores de esos programas. En cualquier caso, son los mejores de que disponemos y deberían aplicarse sistemáticamente como parte del trabajo docente habitual. En Finlandia, hemos iniciado actividades con el objetivo fundamental de que estos programas lleguen, en lo posible, a formar parte normal del trabajo escolar.

En resumen, los estudios efectuados durante más de 10 años en los niños y adolescentes de Finlandia indican que es posible influir en los factores de riesgo cardiovascular de esos estratos de población. En el futuro, necesitaremos la investigación y la experiencia obtenida con los nuevos programas de educación para la salud, pero necesitaremos todavía más la investigación y experiencia adquiridas sobre la forma de ejecutar los programas ya existentes en los marcos de la atención sanitaria, la escuela y la educación.

REFERENCIAS

1. Wynder, E. L., G. S. Berenson, W. B. Strong, C. Williams, N. J. Haley, T. A. Nicklas, M. Mancini & M.

Okuni. 1989. An American Health Foundation monograph on coronary artery disease prevention: cholesterol, a pediatric perspective. *Prev Med* 18: 323–409.

2. 1989. *Prevention of Adult Atherosclerosis during Childhood.* Report of the 95th Ross Conference on Pediatric Research. Ross Laboratories. Columbus, Ohio 43216.
3. Knuiman, J. T., R. J. J. Hermus & J. G. A. J. Hautvast, 1980. Serum total and high density lipoprotein (HDL) cholesterol concentrations in rural and urban boys from 16 countries. *Atherosclerosis* 36:529–537.
4. Vartiainen, E., P. Puska & J. T. Salonen. 1982. Serum total cholesterol , HDL cholesterol and blood pressure levels in 13-year-old children in eastern Finland. Acta Med Scand 211:95–103.
5. Viikari, J., H. K. Åkerblom, T. Nikkari, A. Seppänen, M. Uhari, E. Pesonen, M. Dahl, P-L. Lähde, M. Pietikäinen P. Suoninen. 1985. Atherosclerosis precursors in Finnish children and adolescents. *Acta Paediatr Scand.* Suppl. 318:103–109.
6. Vartiainen, E., P. Puska, P. Pietinen, A. Nissinen, U. Leino & U. Uusitalo. 1986. Effects of dietary fat modifications on serum lipids and blood pressure in children. *Acta Paediatr Scand* 75:396–401.
7. 1978. *Study of the Precursors of Atherosclerosis: Protocol of a WHO collaborative project.* WHO/CVD/ 1. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
8. Wynder, E. L., C. L. Williams, K. Laakso & M. Lewenstein. 1981. Screening for risk factors for chronic disease in children from fifteen countries *Prev Med* 10:121–32.
9. Puska, P. E., Vartiainen, U. Pallone, J. T. Salonen, P. Pöyhí, K. Koskela & A. McAlister. 1982. The North Karelia Youth Project: evaluation of two years of intervention on health behavior and CVD risk factors among 13- to 15-year-old children. *Prev Med* 11: 550–570.
10. Vartiainen, E., U. Pallonen, A. McAlister & P. Puska. 1990. Eight-year follow-up results of an adolescent smoking prevention program: the North Karelia Youth Project. *Am J Public Health* 80:78–79.
11. Vartiainen, E., P. Puska, K. Tossavainen, L. Viri, E. Niskanen, S. Moisio, A. McAlister & U. Pallonen. 1986. The North Karelia Youth Project (1984–88), prevention of non-communicable diseases: risk factors in youth. *Health Promotion* 1:269–283.
12. Stein, A., J. Shapero, C. McNerney, C. Glueck, T. Tracy & P. Gartside. 1982. Changes in plasma lipid and lipoprotein fractions after alteration in dietary cholesterol, polyunsaturated, saturated, and total fat in free-living normal and hypercholesterolemic children. *Am J Clin Nutr* 35:1375–1390.
13. Stein, E. A., D. Mendelsohn, M. Fleming, *et al.* 1975. Lowering of plasma cholesterol levels in free-living adolescent males; use of natural and synthetic polyunsaturated foods to provide balanced fat diets. *Am J Clin Nutr* 28:1204–1216.
14. Flay, B. R. 1985. Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychol 4:449–488.*

EL CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL SIDA. UNA BASE INTEGRADA Y GENERAL PARA LA ACCIÓN EN LOS AÑOS NOVENTA

Don Nutbeam[1] *y Virginia Blakey*[2]

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL NUEVO MOVIMIENTO DE SALUD PÚBLICA

Durante los primeros años de la década de 1980, muchos de los que trabajaban en el campo de la salud pública comenzaron a aplicar una visión crítica a los distintos métodos empleados para promover la salud de la población. Aunque el análisis continúa, ya ha dado lugar a un nuevo concepto de promoción de la salud como modelo persuasivo para el nuevo movimiento de salud pública surgido a finales del decenio. La promoción de la salud se ha descrito como el proceso por el cual los individuos y las comunidades adquieren la capacidad de controlar los determinantes de su salud y, en consecuencia, mejorarla (Nutbeam, 1986). La evolución de este concepto a lo largo de los seis últimos años puede considerarse, en parte, una reacción frente a algunos de los fracasos comprobados de la educación para la salud tradicional. También se debe al mejor conocimiento de los muchos factores que modelan la salud y de las vías que existen para modificarlos.

Lo más importante es que el concepto de promoción de la salud ha vuelto a centrarse en la promoción general de la salud pública y se ha apartado de las estrategias simplistas e individualistas, para defender de nuevo los cambios sociales y medioambientales como forma de lograr estilos de vida saludables: hallar un equilibrio entre las medidas dirigidas al individuo y la acción colectiva para promover la salud. En el núcleo del concepto se encuentran la potenciación personal y la acción común, que se dirigen a resolver las amenazas para la salud, tanto inmediatas como subyacentes.

La Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa está al frente de estos avances y de ella han surgido tanto la justificación como los consejos prácticos para adoptar esta nueva acción de promoción de la salud (OMS, 1985; Nutbeam y Catford, 1986). Un hito importante fue la Conferencia sobre

Fuente: *Health Promotion International* 1990;5(3): 233–242. Se publica con permiso de la Oxford University Press, Oxford, Inglaterra.

[1]Profesor de Salud Pública, Universidad de Sidney, Australia.

[2]Directora de Programas Especiales, Autoridad de Promoción de la Salud de Gales, Reino Unido.

Promoción de la Salud que se celebró en Ottawa, Canadá, en 1986. De ella salió la "Carta de Ottawa", que constituye el marco y la dirección para traducir la teoría en medidas prácticas para promover la salud (OMS, 1986).

La Carta destaca distintos temas y áreas clave para la acción de promoción de la salud:

- Promover la salud a través de las políticas públicas: centrando la atención en el impacto que las políticas públicas de todos los sectores, y no solo el de la salud, ejercen sobre la salud.
- Crear entornos favorables: evaluando el impacto del entorno en la salud y estableciendo las posibilidades de hacer cambios que favorezcan la salud.
- Desarrollar las capacidades personales: trascendiendo la mera transmisión de la información, a fin de favorecer la comprensión y apoyar el desarrollo de habilidades personales, sociales y políticas que permiten al individuo tomar medidas tendientes a promover la salud.
- Fortalecer la acción comunitaria: apoyando las acciones comunitarias concretas y eficaces en la definición de prioridades, toma de decisiones y planificación y ejecución de estrategias encaminadas a conseguir una salud mejor.
- Reorientar los servicios de salud: volviendo a centrar la atención en los objetivos de la ganancia de salud, alejándola de la responsabilidad de proveer servicios clínicos y curativos.

La importancia de cada uno de estos temas varía en función del tiempo y de las circunstancias, si bien todos constituyen eslabones inextricables de la misma cadena; sería difícil alcanzar una solución sustentable de los problemas de salud actuales centrándose tan solo en uno de ellos. Este enfoque integrado y general es el que diferencia a la promoción de la salud actual de la educación para la salud y la prevención de la enfermedad tradicionales.

Mientras se desarrollaban y probaban estos nuevos conceptos e ideas, surgió una de las amenazas más graves para la salud de las poblaciones del siglo XX: se identificó un retrovirus previamente desconocido (VIH) que produce la muerte destruyendo el sistema inmunitario del organismo (el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sida). Paradójicamente, la reacción inicial frente a esta amenaza no se basó en los nuevos métodos e ideas desarrolladas durante los años ochenta, sino que, por el contrario, consistió en un conglomerado de rechazo, histeria y pánico moral.

RECHAZO, HISTERIA Y PÁNICO MORAL — LA PREVENCIÓN DEL SIDA EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA DÉCADA DE 1980

Cuando se planteó la hipótesis de una nueva infección mortal al comienzo del decenio de 1980, la reacción inicial de muchos países consistió en incredulidad y rechazo. Las primeras pruebas epidemiológicas, que asociaban la enfermedad a los hombres homosexuales y a ciertos países de África, dieron alas a las teorías racistas y homofóbicas. El descubrimiento de nuevos casos en toxicómanos y prostitutas fue considerado como prueba adicional de que el proceso afectaba únicamente a las personas marginadas y depravadas, que solo podían culparse a sí mismas por haberse contagiado (Altman, 1986; Shifts, 1987; Connor y Kingman, 1988; PANOS, 1988). Estas respuestas de censura e inculpación, junto con el mensaje subyacente de que los heterosexuales no corrían riesgo alguno, comenzaron a crear grandes barreras para una prevención eficaz de la diseminación de la infección por el VIH. También produjeron reacciones mal concebidas que, sin duda, han exacerbado el problema, en lugar de contribuir a su solución en muchos casos.

Se defendió la identificación y el aislamiento de las personas infectadas y algunos países llegaron a dar pasos en esa dirección. Y ello, pese a que las experiencias obtenidas en las campañas previas de salud pública relacionadas con la sífilis hacían pensar que

tales medidas de control podían facilitar el abuso y que inevitablemente contribuirían a estigmatizar aún más a los afectados.

Junto a esta respuesta legal y de servicio, los gobiernos organizaron también campañas "educativas" más generales para prevenir la diseminación de la infección. En muchos casos, estas campañas parecen haber ignorado ciertas lecciones básicas ya aprendidas con la educación para la salud, ya que se basaron en mensajes de temor para producir los cambios de comportamiento deseados. La evaluación de las realizadas en Australia y Gran Bretaña con los lemas "La lúgubre segadora" y "No mueras de ignorancia" respectivamente sugiere que su efecto en los comportamientos sexuales fue escaso o nulo y que pueden haber producido temores y ansiedades innecesarios en la población general (Hastings y Scott, 1987; Wober, 1987; Nutbeam et al., 1989; Rigby et al., 1989).

En el decenio de 1990, parece haber signos de que la respuesta comienza a ser mucho más racional. Se han logrado avances importantes en el conocimiento de los virus VIH y de su transmisión. Las primeras reacciones de rechazo, miedo y culpa están disminuyendo. Las comunidades se están ajustando a la realidad de vivir y trabajar con personas que tienen el VIH y el sida. Gracias a la mejor comprensión de los temas involucrados, es posible buscar, de una forma más analítica, una estrategia de promoción de la salud que permita prevenir la diseminación del virus y de la enfermedad. El resto de este artículo tratará de los aspectos clave de la prevención del sida y se centrará en los cinco temas de la prevención de la salud comentados más arriba.

PROMOVER POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES — REDUCIR AL MÍNIMO LA DISCRIMINACIÓN ESTRUCTURAL

En general, las políticas públicas se plasman en alguna forma de legislación o en normas o reglas para su ejecución. La falta de legislación no necesariamente significa que la política no exista, pero puede reflejar el grado de importancia que le otorgan los gobiernos. Conviene reconocer que las políticas públicas surgen a menudo sin que se haya producido una información correcta y un debate racional (e incluso, a menudo, pese a ellos), como respuesta a la opinión pública o por conveniencia política. Durante el decenio pasado, las políticas públicas reflejaron y ayudaron a definir las respuestas de la población con respecto al sida. En esta sección, consideraremos el tema de reducir al mínimo la discriminación como la forma en que la política pública puede apoyar los esfuerzos dirigidos a prevenir la diseminación del VIH. También se darán algunos ejemplos adicionales de políticas buenas y malas.

La justificación de salud pública para reducir al mínimo la discriminación es clara y queda reflejada en la resolución de la OMS contra la discriminación por razón del sida (OMS, 1988). Si la infección por VIH conduce a la marginación y a la discriminación, las personas ya infectadas o con temor a estarlo evitarán voluntariamente todo contacto con los servicios sociales y de salud. Los más necesitados de educación y otras medidas de apoyo serán los que menos las solicitarán (Mann, 1988).

La política pública y la legislación pueden reducir al mínimo la discriminación y ofrecer protección a las personas infectadas. Por ejemplo, 27 gobiernos de la Región de Europa de la OMS han adoptado medidas específicas para proteger la confidencialidad de los casos de sida notificados (OMS, 1988b). Casi todos los estados de Australia han tomado decisiones similares (Ward y Atkins, 1988). Sin embargo, puede haber legislación que no se relacione específicamente con el sida. Así, en los Países Bajos no se ha legislado al respecto, pero la política del gobierno se centra en un sistema de notificación voluntaria junto con normas establecidas para salvaguardar la intimidad y proporcionar asesoramiento a las personas seropositivas (OMS, 1988b).

En una esfera más amplia, son muchos los países en los que toda discriminación contra las personas en razón de su raza o de su sexo

es ilegal. Este tipo de respaldo legislativo podría ser también aplicable a la discriminación por sida. Por ejemplo, en los Estados Unidos, las ciudades de Nueva York y Los Angeles tienen leyes por las que la persona ofendida puede hacer una demanda civil por daños y perjuicios si puede demostrar que hubo discriminación (Orr, 1989). Ningún país europeo cuenta con leyes específicas que proporcionen tal grado de protección.

La legislación y las políticas a las que representa también se han empleado positivamente para promover las normas profesionales de la atención de salud con objeto de establecer la naturaleza y magnitud de los programas de educación para la población (Gostin, 1989). En Francia y Bélgica, por ejemplo, se ha levantado la prohibición a ciertas formas de publicidad para permitir los anuncios de preservativos (OMS, 1988b).

Por otra parte, la legislación también se ha usado con efectos negativos cuando el contenido de los mensajes educativos se basa en la desaprobación moral. Así, en Gran Bretaña, el párrafo 28 de la Ley de Gobiernos Locales (1987) prohíbe a las autoridades locales (y a las autoridades docentes) publicar materiales que fomenten la homosexualidad así como, en las escuelas, cualquier enseñanza que promueva la aceptación de la homosexualidad como relación familiar deseable. Esta legislación dificulta la discusión pragmática y sin juicios de valor de las relaciones entre comportamiento sexual y VIH. La legislación se ha empleado también para introducir "excepciones" a las normas que protegen la confidencialidad y para facilitar medidas tales como la detección sistemática obligatoria, el aislamiento de los afectados y la consideración de la transmisión del VIH como delito penal (Ward y Atkins, 1988; Gostin, 1989). Algunos países de la Región Europea han adoptado políticas de detección obligatoria de los grupos considerados "de riesgo". Por ejemplo, en Austria, Grecia e Israel la vigilancia de las prostitutas es obligatoria (OMS, 1988b); y en Australia, es forzosa en los presos de Queensland y, posiblemente, de Tasmania (Ward y Atkins, 1988).

La política pública y la legislación pueden emplearse con fines buenos o malos pero, en cualquier caso, son un elemento esencial de toda estrategia global de promoción de la salud. Es de gran importancia no subestimar las posibilidades de cambio de una política dada mediante argumentos razonados de salud pública. También lo es no infravalorar las dificultades y dilemas a que se enfrentan los rectores de esas políticas ante un tema de salud pública sin precedentes que (en algunos casos) les obliga a ir en contra de las normas sociales establecidas. En estas circunstancias, es necesario identificar y ofrecer a los dirigentes soluciones prácticas y justificables. En esta situación, reconocer los obstáculos y las oportunidades políticas es cuando menos tan importante como presentar el argumento de la salud pública.

CREAR ENTORNOS FAVORABLES — HACER QUE LA ACCIÓN PREVENTIVA SEA FACTIBLE Y SUSTENTABLE

La epidemia de sida es única en lo que concierne a la amplia gama de dilemas sociales y morales que ha planteado. Sin embargo, subyacente a todos ellos, la prevención de la infección por el VIH requiere medidas relativamente simples por parte de las personas que practican comportamientos de riesgo, particularmente el coito no protegido y el uso compartido de agujas por los toxicómanos. El uso de preservativos y de agujas limpias podría tener un impacto espectacular en la detención de la epidemia. Los motivos por los que muchas personas se niegan a cambiar de conducta son muy complejos y guardan relación con toda una serie de habilidades individuales, presiones sociales y obstáculos propios del entorno. En esta sección se analizan algunas de las formas en que se pueden eliminar algunos de estos obstáculos.

Cuando se intenta crear entornos de apoyo, hay mucho que aprender del sector comercial. En mercadotecnia, la mejor manera de con-

seguir que un gran número de consumidores utilice un producto consiste en asegurarse de que ese producto satisface las necesidades de los usuarios potenciales, recibe una promoción eficaz, puede adquirirse con facilidad en los lugares a los que la gente acude a comprar y tiene un precio que el público considera razonable. Con todo ello, el entorno comercial puede resultar muy favorecedor para las ventas del producto en cuestión. Estos conceptos han sido adaptados al desarrollo de técnicas de comercialización social empleadas en numerosos programas de salud pública (Lefebvre y Flora, 1988). Los principios de la comercialización social pueden aplicarse igualmente a la creación de entornos que apoyen el uso de preservativos o de agujas limpias. Se puede considerar que las estrategias en comercialización que forman el núcleo del proceso de comercialización social consisten en cuatro elementos: producto, promoción, plaza y precio (Kotler y Andreasen, 1987).

En el caso de los preservativos, se trata de un *producto* que en muchos países ha sido objeto de ridículo y vergüenza, envasado de forma poco atractiva y fabricado como "una marca para todos los usos". En tales circunstancias, no resulta sorprendente que muchos de los que se han animado a utilizarlos los consideraran feos e indeseables. Como reacción, en muchos lugares se ha producido una considerable ampliación de la gama de productos disponibles, orientados de distinta forma para los hombres y las mujeres, para los distintos grupos étnicos y para los grupos definidos por sus estilos de vida. Los fabricantes han respondido al reto y han comprendido que hay muchas clases de usuarios que reaccionan más positivamente ante distintos tipos de producto.

También se ha producido un cambio considerable de los métodos y de la magnitud de la *promoción* de los preservativos. Hace 10 años, la publicidad de estos productos estaba muy restringida, o incluso prohibida. Así pues, no es de extrañar que muchas personas ni siquiera conocieran su existencia o que los consideraran poco apropiados para su estilo de vida. Hoy, muchos países europeos han levantado esas restricciones sobre publicidad y, de hecho, han patrocinado campañas en los medios de comunicación para promover su aceptación y su uso (Gibbons, 1989).

En lo que se refiere a la *plaza*, los preservativos han pasado de estar ocultos tras los mostradores a ocupar un lugar destacado en muchos puntos de venta. En cada vez más países pueden encontrarse en numerosos comercios (tales como tiendas de alimentación, garajes y otros minoristas) e incluso en las máquinas expendedoras callejeras (Staub, 1988).

Por último, quizás lo más difícil de todo, hay que tener en cuenta el *precio*. En este caso (como en la comercialización de cualquier otro producto), no debe considerarse el costo económico, sino también los costos personales y sociales, tales como la vergüenza. Al mismo tiempo, los beneficios pueden ser reales, en la prevención de los embarazos no deseados o de las enfermedades, o percibidos. En última instancia, la decisión de conseguir y utilizar un preservativo depende de la relación que exista entre los beneficios y costos percibidos, que puede variar considerablemente con cada persona y situación. Todo intento de promover un uso mayor de los preservativos deberá tomar en consideración este importante aspecto, reduciendo al mínimo los "costos" y destacando sus beneficios.

El éxito de los programas diseñados para que los preservativos sean más accesibles y su uso sea más factible puede medirse tanto a través del enorme incremento de las ventas de los mismos que ha tenido lugar en muchos países como, y sobre todo, demostrando la disminución comprobada de las tasas de infección en grupos específicos de población (Catania et al., 1989; Pollak et al., 1989).

Es igualmente posible estudiar la disponibilidad y uso de agujas limpias con esta perspectiva comercial. En este caso, el producto es importante, puesto que debería existir una amplia gama de agujas para usar con las distintas drogas. Los aspectos de disponibilidad, promoción y costo también son esen-

ciales. Se ha demostrado que los programas diseñados para facilitar a los toxicómanos la obtención y el acceso a las agujas limpias sin costo legal o social alguno consiguen atraer y conservar a sus clientes, reducen el hábito de compartir agujas y, en algunos casos, reducen asimismo el número de parejas sexuales (Bardaix et al., 1989; Stimson, 1989). El programa coordinado de intercambio de agujas de Nueva Gales del Sur es un buen ejemplo de servicio integral; se está llevando a cabo un estudio piloto sobre el uso de máquinas expendedoras para distribuir agujas y jeringuillas (Dolan, 1989).

Ahora que ha cedido la histeria que inicialmente rodeaba al sida, es de gran importancia asegurar que, en este decenio, se aprovecharán todas las oportunidades para crear entornos de apoyo que permitan al individuo adoptar prácticas sexuales más saludables y un uso más seguro de las drogas inyectables. Aunque no conviene infravalorar la importancia de las barreras sociales, culturales y políticas al cambio, lo cierto es que en muchos países se están produciendo cambios impensables hace cinco años. Por ejemplo, el concepto de "minimizar el daño" relacionado con los programas de intercambio de agujas apenas podría concebirse en el clima social y político de los primeros años de la década de 1980, pero muchos países europeos los están ejecutando en la actualidad. Este entorno positivo no solo contribuye a facilitar las elecciones saludables, sino que también contribuye a *mantenerlas*, elementos ambos de gran valor en la continuidad de los esfuerzos para prevenir la infección por el VIH.

DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES PERSONALES — ADOPCIÓN Y CONSERVACIÓN DE COMPORTAMIENTOS SEGUROS

La importancia del conocimiento y de la capacidad personal como elementos básicos de la prevención de la infección por el VIH ha sido subrayada ya en las secciones previas. Reducir la discriminación, aprovechar la oportunidad para probar y adoptar prácticas sexuales más seguras depende, en todos los casos, del grado de conocimiento y comprensión del individuo. Existen modelos que ayudan a explicar el uso más eficaz de la educación para iniciar y respaldar los cambios de comportamiento. Todos ellos han sido desarrollados y aplicados a los programas de promoción de la salud desde hace 20 años y están bien documentados en la bibliografía (p.ej., Becker, 1974; Bandura, 1977; Wallson et al., 1978; Ajzen y Fishbein, 1980). En resumen, todos destacan que la mera provisión de información apenas influye en el conocimiento y carece de efectos en el comportamiento. Ni siquiera un mayor conocimiento guarda relación, en general, con el cambio de comportamiento si no va acompañado de la modificación de actitudes y creencias. La experiencia acumulada por distintos países revela que los modelos con capacidad demostrada para influir en el comportamiento sano a través de los programas educativos pueden y deben adaptarse a la prevención de la infección por el VIH (Ross y Rosser, 1989).

Estas experiencias indican que el *método de comunicación* es esencial para el éxito de los programas educativos que pretenden desarrollar las capacidades personales, como también lo es la existencia de una *infraestructura para la comunicación*.

Como método de comunicación, los medios de comunicación de masas pueden usarse eficazmente para aumentar la conciencia sobre distintos temas, para influir en la opinión pública y para transmitir la información básica. Pueden encontrarse ejemplos de ello en muchos países. En general, cuando se han evaluado tales campañas, se ha comprobado que resultan eficaces para aumentar los conocimientos de la población (Kapila y Pye, 1990). Sin embargo, hay pocos signos de que se hayan producido cambios de los comportamientos de riesgo y, como se indicaba más arriba, hay indicios de que los programas mal concebidos pueden provocar miedos y ansiedades innecesarios.

Sin embargo, se ha comprobado que los medios de comunicación son, en general, herramientas relativamente burdas para incrementar los conocimientos en temas de salud. Además, son absolutamente inadecuados para desarrollar la clase de capacidad personal y social que muchas personas necesitarían para enfrentarse eficazmente a las situaciones de riesgo potencial. Por el contrario, se ha demostrado que los *métodos* de comunicación más personales e interactivos, que desarrollan precisamente esta capacidad, tienen más éxito en lograr la adopción y el mantenimiento de los cambios de comportamiento de los grupos bien definidos cuyos hábitos conllevan un mayor riesgo de infección (Homans y Aggleton, 1987).

Estos métodos educativos más personalizados son imprescindibles, pero dependen de la existencia de alguna forma de infraestructura para la comunicación. Así, los ejemplos de educación de los jóvenes basada en los colegios y escuelas son relativamente frecuentes, ya que se trata de un sistema constituido específicamente para desarrollar programas docentes. Sin embargo, incluso en los lugares en que se dispone de infraestructura, los métodos empleados siguen siendo cruciales. Se ha demostrado que las lecciones participativas que comprenden discusión y trabajo en grupos pequeños y que dan la misma importancia a los hechos que a las actitudes y sentimientos resultan especialmente adecuados para contribuir al desarrollo de las capacidades personales de los jóvenes, un hecho sobradamente conocido en otros campos de la educación para la salud.

Fuera de los sistemas docentes, faltan a menudo tanto las infraestructuras para la comunicación básicas como la capacidad de comunicación personal necesaria en un educador. Para resolver estos problemas, o bien se han desarrollado estructuras para llegar hasta determinados grupos, como las prostitutas o los toxicómanos, o bien se han adaptado las redes e instalaciones existentes y destinadas a otros fines. De igual modo, siempre que ha sido posible se han patrocinado proyectos que han contribuido a mejorar las capacidades educativa y de comunicación de grupos, o se ha prestado apoyo educativo externo (Beckstein y Gunn-Mota, 1989; Molenaar, 1989; Wohlfeiler et al., 1989).

En California, se han desarrollado ampliamente múltiples enfoques para educar sobre el sexo seguro a los hombres homosexuales. Por ejemplo, en San Francisco se ha diseñado el modelo STOP AIDS, basado en talleres y discusiones de grupo dirigidas por iguales, y en Santa Cruz se han adaptado programas a los ambientes específicos, tales como los bares y baños públicos. En otros países se están adoptando enfoques similares; así, el Deutsche AIDS-Hilfe de Berlín occidental tiene un programa de educación hacia fuera en bares, el Comité de Sida de London, Ontario, organiza grupos de discusión sobre sexo seguro entre iguales, al igual que "Gais per la Salut" (Gays por la Salud) de Barcelona. La Asociación de Hombres Gay y Casados de Melbourne, Australia, ha desarrollado un extenso programa de formación para hombres bisexuales, incluyendo un paquete de recursos y talleres dirigidos por iguales.

En lo referente a las prostitutas, el problema se ha visto agravado en muchos casos por la frecuente ausencia de una infraestructura para la comunicación evidente. En los casos en que existen campañas para defender sus derechos, estas constituyen a menudo una base excelente para desarrollar actividades educativas. Por ejemplo, CALPEP (Proyecto para la Educación de Prostitutas de California), el Colectivo de Prostitutas de Victoria, Australia, y la Organización Hilo Rojo de Amsterdam utilizan a sus propios trabajadores de la calle para distribuir preservativos y ofrecer información sobre sexo seguro y uso más seguro de drogas. En los lugares en que la prostitución está menos organizada, pueden ser necesarios el asesoramiento y el apoyo intensivos de los trabajadores de la calle (Alexander, 1988; Verbeek, 1988; Overs y Hunter, 1989; Thomson, 1989).

Los problemas de infraestructura para la comunicación afectan también a los toxicó-

manos que usan drogas inyectables. También en este caso, la utilización de los trabajadores de la calle y de los centros de reunión permite resolverlos. La Asociación para la Prevención y Tratamiento del Abuso de Drogas de Nueva York (ADAPT) ha logrado un éxito considerable con programas educativos a nivel de la calle que abarcan desde la distribución de lejía y preservativos hasta ayudar a los drogadictos a acceder a los servicios médicos y de rehabilitación (Friedman et al., 1989; Serrano y Johnson, 1989).

Con todos estos ejemplos, resulta evidente que la aplicación de la teoría de la educación para la salud a la información, educación y desarrollo de capacidades para reducir el riesgo de infección por VIH puede proporcionar grandes resultados. Aunque el contenido y la infraestructura para la comunicación pueda ser muy diferente, es posible adaptar y aplicar eficazmente los modelos básicos de comunicación desarrollados en otros campos de la educación para la salud. Es necesario que las duras lecciones aprendidas durante los últimos 20 años no caigan en el olvido o el desprecio en la búsqueda de soluciones peculiares para un problema especial.

FORTALECER LA ACCIÓN COMUNITARIA — POTENCIACIÓN Y ASOCIACIÓN

En la bibliografía sanitaria y social, la palabra "comunidad" aparece periódicamente como término que significa distintas cosas para distintas personas. En este trabajo, la definiremos como "un grupo identificable de personas que residen habitualmente en un área geográfica definida, comparten una cultura común y muestran cierta conciencia de su identidad como grupo" (Nutbeam, 1988). El fortalecimiento de una comunidad así definida supone trabajar con grupos identificables tanto para reforzar su sentido de comunidad como para favorecer una acción común que pueda producir cambios personales, políticos, medioambientales u organizativos destinados a defender la salud y prevenir la enfermedad.

Uno de los resultados positivos de la reacción inicial provocada por el sida a mediados de los años ochenta fue el refuerzo del sentido de comunidad de los homosexuales, tras el que se produjo una acción de magnitud impresionante que puede ser considerada como modelo para la promoción de la salud en otros campos. Por ejemplo, las comunidades homosexuales de San Francisco y Nueva York se han organizado perfectamente, han obtenido acceso a la información y a los recursos y han influido en gran medida en la respuesta al sida de la población de esas ciudades (Altman, 1988). Estos grupos han abierto el camino para el desarrollo y utilización de los materiales educativos, la prestación de servicios de asesoramiento y la planificación y vigilancia de la respuesta de los servicios de salud en lo que al sida se refiere. En las comunidades de ciertos países europeos pueden encontrarse ejemplos similares; además, es posible que entre otros grupos afectados también directamente por el sida, incluso las prostitutas, se estén produciendo fenómenos semejantes (Overs y Hunter, 1989).

La respuesta de los homosexuales de las ciudades norteamericanas se basa en parte en sus circunstancias especiales y en parte en hechos que permiten conocer mejor la forma en que es posible estimular y apoyar la acción comunitaria en otros momentos y situaciones. En este caso:

- El sida suponía una amenaza única para los homosexuales, lo que les ayudó a desarrollar su sentido de comunidad.
- En casi todas las ciudades norteamericanas existían ya redes homosexuales relativamente abiertas, susceptibles de adaptarse para cubrir otras necesidades distintas al establecimiento de contactos sociales.
- Por sí mismas, estas redes constituían un recurso humano voluntario que apenas había sido utilizado.

- Existía un núcleo de personas, capaces de expresarse y de actuar políticamente, que podían obtener acceso a la información todavía escasa y defender la necesidad de la asignación de recursos materiales.
- Desde etapas relativamente tempranas, los profesionales de la salud y de los servicios sociales comprometidos comenzaron a trabajar en íntima relación con las comunidades homosexuales.

Sin embargo, conviene reconocer que los ejemplos procedentes de las grandes ciudades de Norteamérica y del norte de Europa no constituyen necesariamente la norma. Hay muchos problemas que dificultan la acción comunitaria en lo que a la prevención del VIH se refiere. Por ejemplo, muchos de los sujetos con riesgo no se consideran parte de la comunidad, según la definición anterior (p.ej., hombres bisexuales, toxicómanos que usan drogas inyectables). Además, la capacidad de liderazgo y la habilidad política de las comunidades homosexuales de San Francisco se habían desarrollado a lo largo de múltiples campañas para defender sus derechos y no se encuentran en otras comunidades. De hecho, es muy frecuente que los voluntarios carezcan de las capacidades básicas de gestión de proyectos y de liderazgo.

También puede haber problemas de territorialidad. Por ejemplo, en los profesionales de la salud y de los servicios sociales no es raro observar cierto rechazo a compartir la información y los recursos con los grupos de voluntarios. Sin embargo, esta cesión del poder y el verdadero trabajo de asociados son imprescindibles en el proceso de favorecer la acción comunitaria eficaz en la promoción de la salud.

"Fortalecer la acción comunitaria" suena bien; todos podemos coincidir en que es "algo bueno" mientras no amenace los cimientos de nuestra profesión y de nuestro poder. El verdadero apoyo al proceso de fortalecimiento de la acción comunitaria implica ceder poder, en forma de información y recursos, proporcionar formación para el desarrollo de auténticas capacidades de liderazgo y de autogestión y, sobre todo, resistir la tentación de interferir cuando nuestra aparente "capacidad profesional" nos indica que las cosas podrían hacerse mejor.

REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD — ACCESO Y SENSIBILIDAD

La Carta de Ottawa presta gran atención al papel de los servicios de salud en la promoción de la salud. En parte, ello se debe a que se reconoce el papel indispensable que las profesiones de la salud pueden desempeñar en cada una de las propuestas restantes, pero también se reconoce que las profesiones de la salud y las estructuras de los servicios de salud de hoy pueden suponer un enorme obstáculo al progreso. En la actualidad, la orientación y la inversión en recursos de los servicios de salud de casi todos los países desarrollados se basan en la provisión de servicios curativos y clínicos por grupos profesionales cada vez más especializados. Se ha comprobado que esta orientación es absolutamente insuficiente para afrontar la primera crisis de la infección por VIH y el sida, tanto a través de los procedimientos biomédicos existentes como mediante la provisión de una atención correcta y oportuna a los grupos marginados de la población. En este caso, la reorientación se refiere a la creación de servicios apropiados y accesibles y a la conducta de los profesionales de la salud.

En casi todos los países europeos, el aumento de la demanda en lo que a la exploración, diagnóstico y asesoramiento de los infectados por el VIH se refiere, ha puesto de manifiesto la necesidad general de aumentar la inversión de recursos en servicios de salud dirigidos a las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Esta necesidad consiste, en parte, en aumentar la capacidad de los servicios para afrontar la mayor demanda, pero también consiste en facilitar el acceso a los mismos. Dada la implicación directa de los servicios de ETS como contacto de primera

fase, se plantea la evidente necesidad de incrementar su categoría, perfil y recursos. Estas inversiones podrían ser aún más importantes si se tienen en cuenta las pruebas, cada vez mayores, de que las ETS, y sobre todo las que provocan ulceraciones genitales, pueden facilitar la transmisión del VIH (Padian, 1987; Grupo Europeo de Estudios, 1989; Piot y Laga, 1989).

Junto con la necesidad de mejorar la base de recursos, también es preciso prestar atención a mejorar el acceso a los servicios clínicos. Este desarrollo resulta esencial si se desea contribuir a contrarrestar el estigma que suele rodear a las ETS, especialmente a la infección por el VIH. Ello es importante sobre todo para los grupos marginales, como las prostitutas, que pueden mostrar reticencia a acudir a los servicios de salud si temen encontrar prejuicios y juicios de valor (Thomas et al., 1989).

Hay buenos ejemplos procedentes de países como Holanda sobre la forma en que pueden desarrollarse servicios como parte de un programa de alcance dirigido a los profesionales de la industria del sexo y que ofrece acceso a la detección y al asesoramiento junto a formas más prácticas de apoyo, como el suministro de preservativos y el uso de instalaciones para descansar y lavarse (Kleinegris y Verbrugge, 1989). El núcleo del proceso de promoción de la salud para facilitar las elecciones saludables radica en amoldar la provisión de servicios a las necesidades de los usuarios. La reorientación de los servicios de salud para hacerlos más pertinentes y accesibles sigue siendo el gran desafío de los años noventa. No obstante, también en este caso el trabajo dirigido a la prevención de la infección por el VIH podría estar trazando el camino para que otros lo sigan.

El proceso de reorientación profesional se halla estrechamente ligado al de reorientación de los servicios. El VIH y el sida han revelado la enorme necesidad de formación de los profesionales de la salud, tanto para ayudarles a aumentar sus conocimientos básicos como para que, en muchos casos, cambien sus actitudes y olviden sus ideas preconcebidas (Searle, 1989; Shapiro, 1989; Hall et al., 1989). Al igual que sucede con la educación de la población sobre el VIH, en la que la mera información no basta, los profesionales de la salud han de desarrollar su capacidad para tratar temas delicados, tales como los comportamientos sexuales y el consumo de drogas, a fin de poder proporcionar educación para la salud a sus clientes de una forma accesible y sin parcialidad. Para algunos, este cambio desde un proceso de información basado en los hechos a otro que reconozca la importancia de las actitudes y de los sentimientos puede ser complejo y difícil. En muchos casos, obliga a estos profesionales a enfrentarse a sus propios miedos y prejuicios. Además, y sobre todo, el proceso puede suponer una amenaza para la base de la relación profesional-cliente tradicional. Aunque evidentemente son muchos los debates que provoca este tema, los ejemplos de programas de formación dirigidos a estos aspectos siguen siendo raros, salvo en los centros con un gran núnero de casos de VIH o sida. En estos últimos, y como se señaló antes, sí se encuentran buenos ejemplos de profesionales que trabajan junto con sus clientes y los grupos voluntarios para prevenir la infección. El reconocimiento de esta asociación y el establecimiento de relaciones que favorezcan la independencia, por oposición a la dependencia profesional, forman parte importante del proceso de reorientación profesional.

A ello debe añadirse la importante misión de abogacía que podrían ejercer las profesiones de la salud. Los médicos y otros profesionales de la salud disfrutan de una credibilidad y de unas oportunidades evidentes para ejercer el liderazgo público y político en temas de salud. Muchos de los primeros movimientos de la salud pública surgieron de esta forma. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un destacado papel al abogar por la reorientación de los servicios y como rectores de la opinión pública a fin de erradicar los prejuicios y estigmas relacionados con el VIH y el sida.

En cuanto a la reorientación de los servicios de salud, son muchos los datos que

hacen pensar que los profesionales y los propios servicios involucrados en la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH están desarrollando buenos modelos de práctica de promoción de la salud que podrían ser imitados. Sin embargo, también hay signos de que estos logros prometedores podrían verse superados por la actual estampida biomédica y técnica en busca de la vacuna o la curación del sida. Aunque estas últimas tienen una importancia evidente, es imprescindible que la dimensión social de la atención de salud no caiga en el olvido. Aquí y ahora, hay millones de personas infectadas por el VIH o que padecen el sida. Es fundamental que no perdamos de vista este reto más inmediato para reorientar los servicios de salud.

OBSERVACIONES FINALES

Puesto que no disponemos de ningún método eficaz para tratar el sida y tampoco se ha encontrado una vacuna, la única estrategia viable para reducir su impacto sanitario y social en un próximo futuro sigue siendo la acción para prevenir la infección por el VIH basada en el cambio de comportamiento y en la erradicación de los estigmas a ella asociados. En este artículo, hemos intentado analizar distintas actividades encaminadas a lograr este objetivo dentro del concepto de promoción de la salud.

Del análisis efectuado parecen surgir cuatro mensajes básicos:

Aprender de los demás. Aunque, en muchos aspectos, la infección por el VIH y el sida constituyen un reto especial para la salud pública, ello no supone que no puedan emplearse los métodos bien establecidos de promoción de la salud con el fin de afrontarlo. Es necesario que aprendamos de la experiencia adquirida en el tratamiento de otros problemas de salud y que apliquemos hábilmente esta experiencia al desarrollo de programas de educación sobre el VIH y el sida; no tenemos tiempo para reinventar la rueda.

Adoptar un enfoque integrado y general. El marco de la promoción de la salud subraya enérgicamente la necesidad de adoptar un enfoque general. A lo largo de todo el artículo, hemos destacado la dependencia mutua de los grandes temas presentados en él. Aunque no todos los involucrados en la promoción de la salud y la prevención de la infección por el VIH tienen la oportunidad de influir en la acción a todos estos niveles, es importante reconocer la fuerza y la debilidad de los esfuerzos individuales e intentar englobarlos en una gama más amplia de actividades capaces de influir en sus resultados. Una de las formas de lograr un enfoque más general que pueda traducirse en políticas y entornos favorecedores podría consistir en una estrategia nacional para la prevención del sida. Sin embargo, esta estrategia nacional podría fracasar en su intento de cambiar las respuestas locales de la comunidad. Cada país debe encontrar su solución al problema común de lograr un enfoque general e integrado.

Ser flexible y pragmático. Hay que buscar soluciones factibles a los problemas evidentes. Se ha dicho que la política es el arte de lo posible. Progresar en la prevención del VIH podría serlo también. Exige flexibilidad y pragmatismo para encontrar soluciones factibles a los obstáculos políticos y al clima social predominante. La desaparición de las barreras políticas y el cambio de actitud de la sociedad deben seguir siendo objetivos a largo plazo, pero a corto plazo el pragmatismo y el progreso parecen preferibles a no progresar.

Aprender a abandonar. Por último, la promoción de la salud debe ser un proceso de capacitación. Para muchos profesionales de la salud que han dedicado años a desarrollar habilidades "especiales", este proceso de ceder poder resulta sumamente difícil. En el núcleo del concepto de la promoción de la salud se halla el proceso de potenciar a los otros, para que, con el tiempo, disfruten de una posición mejor para hacer elecciones informadas y ejerzan un control mayor sobre su propia salud.

REFERENCIAS

Ajzen, I. and Fishbein, R. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Alexander, P. (1988) *Prostitutes Prevent AIDS: a Manual for Health Educators*. California Prostitutes Education Project. San Francisco.

Altman, D. (1986) *AIDS and the New Puritanism*. Pluto Press, London.

Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Bardaix, C., Buning, L., Lentvar-Kuijpers, A., Verster, A. and Coutinno, R. A. (1989) *Declining incidence of hepatitis B among drug users in Amsterdam may indicate a change in risk behaviour*. Fifth International Conference on AIDS. Montreal, June 1989. (TAP 82.)

Becker, M. H. (1974) The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monograph* 2, pp. 324–508.

Beckstein, D. and Gunn-Mota, R. (1989) *AIDS prevention through outreach education in public sex environments*. Fifth International Conference on AIDS. Montreal, June 1989. (TEP 2.)

Catania, J., Coates, T., Stall, R., Bye, L., Capell, F., Turner, H. *et al.* (1989) *Changes in condom use among gay men: predictors and methodological issues*. Fifth International Conference on AIDS. Montreal, June 1989. (TDP 45.)

Connor, S. and Kingman, S. (1988) *The Search for the Virus*. Penguin Books, London.

Dolan, K. (1989) HIV and AIDS: intravenous drug use in New South Wales, Australia. *International Journal on Drug Policy*, 1, 22–26.

European Study Group (1989) Risk factors for male to female transmission of HIV. *British Medical Journal*, 298, 411–415.

Friedman, S., Serrano, Y., Torres, L., Suñan, M., Nelson, P., Tardalo, F. *et al.* (1989) *Organising intravenous drug users against AIDS*. Fifth International Conference on AIDS. Montreal, June 1989. (Th.DP 66.)

Gibbons, C. (1989) The French AIDS campaign. *AIDS Dialogue*, 3, 13.

Gostin, L. O. (1989) Public health strategies for confronting AIDS: legislative and regulatory policy in the USA. *Journal of the American Medical Association*, 261, 1621–1630.

Hall, T. Dunham, N., Wittenberg, E. and Knickman, J. (1989) *Health workers for the AIDS epidemic in the USA: what we know and what we need to know*. Fifth International Conference on AIDS. Montreal, June 1989. (A639.)

Hastings, G. B. and Scott, A. C. (1987) AIDS publicity: pointers to development. *Health Education Journal*, 46, 58–59.

Homans, H. and Aggleton, P. (1987) Health education, HIV infection and AIDS. In Aggleton, P. and Homans, H., *Social Aspects of AIDS*. Falmer, London, pp. 154–176.

Kapila, M. and Pye, M. (1990) AIDS education experience in Europe. In Mann, J. *et al.* (eds), *AIDS Information, Education and Communication*. Monograph, Oxford University Press, Oxford, UK, in press.

Kleinegris, C. M. and Verbrugge, M. (1989) *Huiskamer Aanloop Prostituees*. Mimeograph produced by the Stichtung HAP, Utrecht.

Kotler, P. and Andreasen, A. (1987) *Strategic Planning for Nonprofit Marketing*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Lefebvre, C. and Flora, J. (1988) Social marketing and public health interventions. *Health Education Quarterly*, 15, 299–315.

Mann, J. (1988) *AIDS Discrimination and Public Health*. Paper presented at Fourth International Conference on AIDS, Stockholm.

Molenaar, J. W. (1989) *Married homosexual and bisexual men: the development of AIDS education strategies and resources for healthcare professionals*. Fifth International Conference on AIDS. Montreal, June 1989. (TEP 18.)

Nutbeam, D. (1986) Health promotion glossary. *Véase* la pag. 384 de este libro.

Nutbeam, D. and Catford, J. C. (1986) Health promotion in action: practical ideas on programme implementation. *Health Promotion*, 1, 187–190.

Nutbeam, D., Catford, J. C., Smail, S. and Griffiths, C. (1989) Public knowledge and attitudes to AIDS. *Public Health*, 103, 205–211.

Organizacion Mundial de la Salud (Oficina Regional para Europa) (1985) *Health Promotion: Concepts and Principles*. WHO, Copenhagen.

Organizacion Mundial de la Salud/Canadian Public Health Association (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. *Véase* la pag. _____ de este libro.

Organizacion Mundial de la Salud (1988a) *WHO against AIDS discrimination*. Adopted resolution of the World Health Assembly, WH441.24, WHO, Geneva.

Organizacion Mundial de la Salud (Oficina Regional para Europa) Directorate of Health, Norway (1988b) *Health Legislation and Ethics in the Field of AIDS and HIV Infection*. WHO, Copenhagen.

Orr, A. (1989) Legal AIDS: implications of AIDS and HIV for British and American law. *Journal of Medical Ethics*, 15, 61–67.

Overs, C. and Hunter, A. (1989) *AIDS Prevention in the Legalised Sex Industry*. Fifth International Conference on AIDS, Montreal, June 1989. (Th.DP 91.)

Padian, N. S. (1987) Heterosexual transmission of acquired immunodeficiency syndrome: international perspectives and national projections. *Review of Infectious Diseases*, 9, 947–959.

PANOS Dossier (1988) *AIDS and the Third World*. Panos Institute, London.

Piot, P. and Laga, M. (1989) Genital ulcers, other sexually transmitted diseases, and the sexual transmission of HIV. *British Medical Journal*, 298, 623–624.

Pollak, U., Schiltz, M. A. and Boisson, P. (1989) *Diffusion des precautions sexuelles et evaluation de la seropositivite*

dans la population homosexueile française: 1985–88. Fifth International Conference on AIDS, Montreal, June 1989. (TAP 19.)

Rigby, K., Brown, M. W., Anagnostou, P., Ross, M. W. and Rosser, B. R. S. (1989) Shock tactics to counter AIDS: the Australian experience. *Psychology and Health*, 3, 3, 145–160.

Ross, M. W. and Rosser, B. R. S. (1989) Education and AIDS risks: a review. *Health Education Research*, 4, 273–284.

Searle, E. S. (1987) Knowledge, attitudes and behaviour of health professionals in relation to AIDS. *Lancet*, 1, 26–28.

Serrano, Y. and Johnson, P. (1989) *Women injection drug users: issues and strategies: experiences in New York City*. Fifth International Conference on AIDS, Montreal, June 1989. (WDO 12.)

Shapiro, J. (1989) General practitioners' attitudes towards AIDS and their perceived information needs. *British Medical Journal*, 298, 1563–1566.

Shilts, R. (1987) *And the Band Played On*. Penguin Books. London.

Staub, R. (1988) The hot rubber story. In *AIDS Prevention and Control*. pp. 69–71. Invited presentations and papers from the World Summit of Ministers of Health and Programmes for AIDS Prevention. WHO, Geneva/ Pergamon Press, Oxford, UK.

Stimson, G. V. (1989) Syringe exchange programmes for injecting drug users. *AIDS*, 3, 253–260.

Thomas, R. M., Plant, M. A., Plant, M. L. and Sales, D. I. (1989) Risk of AIDS among workers in the sex industry: some initial results from a Scottish study. *British Medical Journal*, 299, 148–149.

Thomsom, A. (1989) Crisis on the streets. *Community Outlook*, Jan., 8–9.

Verbeek, H. (1988) The Red Threat report. *World Wide Whores News*, 2, 12–13.

Wallston, B., Wailston, K. and Devellis, R. (1978) Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monograph 6*, 160–170.

Ward, E. and Atkins, K. (1988/89) *AIDS Related Legislation in Australia*. Legislative Research Service. Current issues paper number 1. The Parliament of the Commonwealth of Australia.

Wober, J. M. (1987) *Evaluating the Broadcast Campaign on AIDS*. Independent Broadcasting Authority Research Department Report, London.

Wohlfeiler, D. A., Frutchey, C. and de Blai, R. (1989) *Adaptation of safer-sex workshops for gay and bisexual men in Barcelona, Spain*. Fifth International Conference on AIDS, Montreal, June 1989. (TEP 3.)

DIMENSIONES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD APLICADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA[1]

Kenneth E. Powell,[2] Marshall W. Kreuter,[3] Thomas Stephens,[4] Bernard Marti[5] y Lothar Heinemann[6]

INTRODUCCIÓN

La actividad física regular tiene muchos beneficios para la salud. Las cardiopatías isquémicas son unas dos veces más frecuentes en los individuos sedentarios que en los activos *(1)*. El ejercicio físico regular ayuda también a prevenir la hipertensión, la diabetes mellitus no insulinodependiente, la osteoporosis, la obesidad y los problemas de salud mental. Asimismo, se asocia a tasas menores de cáncer de colon y de accidente cerebrovascular y a una mayor longevidad. Además, cada vez hay más pruebas que demuestran que basta con desempeñar una actividad física de intensidad baja a moderada para obtener muchos de estos beneficios *(2, 3)*. Sin embargo, la vida moderna ha hecho desaparecer la necesidad de mantenerse activo. La mecanización del trabajo, de las tareas del hogar y del transporte ha reducido el gasto energético total destinado a la actividad física. El exceso de comodidades propio de los países industrializados hace que la actividad física sea a menudo innecesaria y la más enérgica, prácticamente voluntaria. La inactividad, que durante muchos siglos fue privilegio de la gente rica y poderosa, se encuentra hoy al alcance de casi toda la población de los países desarrollados. Como además resulta muy atractiva, son muchos los que la adoptan con placer.

La motivación para escribir este artículo surgió de la percepción errónea de que la promoción de la salud no puede o, al menos, no ha logrado aumentar en grado importante la participación en las actividades físicas durante las horas libres. Nuestra conclusión es que la promoción de la salud puede aumentar dicha participación y que, de hecho, así ha ocurrido en muchos casos. Sin embargo, nuestros esfuerzos por evaluar empírica-

Fuente: *Journal of Public Health Policy* 1991;12 (winter):492–508. Se publica con permiso de Journal of Public Health Policy Inc., South Burlington, VT, Estados Unidos de América.

[1]Trabajo presentado en la Conferencia Mundial sobre Deportes para Todos, Tampere, Finlandia, 4 de junio de 1990.

[2]Epidemiólogo médico, Sección de Lesiones Intencionales, Departamento de Epidemiología, Centro para la Salud Ambiental y el Control de Lesiones, Servicio de Salud Pública, Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América.

[3]Director, Salud 2000, Atlanta, Georgia, y Encuestas de Investigación, Manotick, Ontario, Canadá.

[4]Consultor en Epidemiología Social y Encuestas de Investigación, Manotick, Ontario, Canada.

[5]Jefe interino, Departamento de Epidemiología y Prevención de las Enfermedades No Transmisibles, Instituto de Medicina Social y Preventiva, Universidad de Zurich, Zurich, Suiza.

[6]Director, Centro de Epidemiología e Investigación de la Salud, Zepernick, República Federal de Alemania.

mente este efecto se han visto frustrados por la escasez de datos basados en la población y por la propia naturaleza de la promoción de la salud. En este trabajo describimos las características de la promoción de la salud, damos ejemplos de proyectos específicos que han tenido éxito en incrementar la actividad física, y consideramos las implicaciones de nuestros argumentos con respecto a las políticas y a la investigación.

DIMENSIONES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud *(4)*. Cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades cuyo objeto es moldear los comportamientos normales de las personas y poblaciones. Cubre dos escuelas de pensamiento identificables y a menudo opuestas: la que se centra en las elecciones y responsabilidades personales y la que se basa en el cambio social y del medio. Ambos elementos son fundamentales. En la promoción de la actividad física, los cambios sociales y ambientales se han considerado, hasta ahora, menos importantes.

La promoción de la salud no es sinónimo de educación para la salud. Esta última, a menudo confundida y equiparada a la primera, es un concepto más limitado. La educación para la salud procura informar a las personas sobre los temas relacionados con su salud; proporciona una información que las personas motivadas pueden utilizar como base para su acción. Por otra parte, la promoción de la salud pretende no solo informar, sino también persuadir, motivar y facilitar la acción. Aunque la difusión de la información es uno de sus componentes más importantes, el éxito de la promoción de la salud depende de la acción.

A fin de cumplir sus objetivos, la promoción de la salud utiliza una variedad de estrategias complementarias en distintos ámbitos y dirigidas a grupos diana diferentes. Estas estrategias abarcan la difusión de la información, el desarrollo de destrezas y la modificación legislativa, normativa, del medio ambiente y de la tecnología. Todas ellas pueden aplicarse en distintos entornos, tales como el hogar, la escuela, el medio laboral, las instituciones de atención médica y otros lugares situados en la comunidad. En cada uno de estos ámbitos, las estrategias deben aplicarse a distintas poblaciones diana diferenciadas según género, edad, recursos e intereses. La promoción de la salud puede considerarse un gran cubo, en el que cada eje representa una de sus dimensiones, estrategias, marcos y grupos diana (figura 1). Los programas más eficaces son aquellos que hacen intervenir al mayor número de recuadros del cubo *(4–6)*. Por último, cada uno de estos recuadros puede ser ejecutado por uno o más grupos, por ejemplo, por un departamento de salud pública, un sistema escolar o un club de servicios. La promoción de la salud estimula la formación de coaliciones e incita a los distintos organismos públicos, privados y voluntarios a participar en una causa común. Esta "cuarta dimensión" no es fácil de representar gráficamente, pero ayuda a destacar la complejidad conceptual de la promoción de la salud.

Grupos diana y etapas del cambio de comportamiento

Las intervenciones que son eficaces en un grupo pueden no tener los mismos resultados en otro, ya que los valores, conocimientos, actitudes, destrezas, comportamientos y oportunidades varían con las distintas personas y colectivos. En consecuencia, los trabajos de investigación y evaluación deben tener grupos diana específicos. Los programas de promoción de la salud destinados a influir en toda una población deben combinar las actividades específicas destinadas a los diferentes grupos en un esfuerzo común.

Entre las características menos valoradas

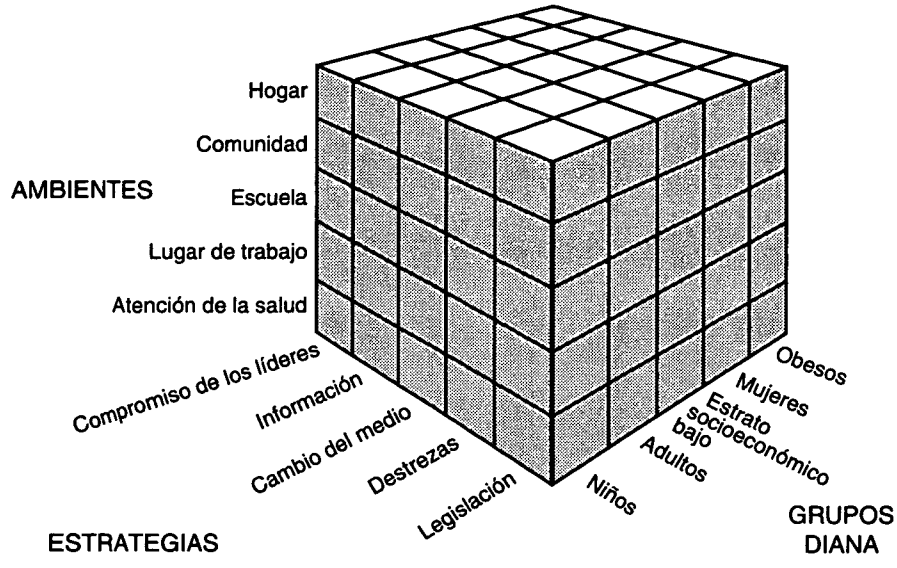


FIGURA 1. El cubo de la promoción de la salud

y más ignoradas de los grupos diana están las etapas del cambio de comportamiento, de las cuales Prochaska y DiClemente han descrito cinco: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento *(7, 8)*. La precontemplación es la fase en que la gente no está pensando en cambiar su comportamiento; la contemplación indica que ya se está pensando en hacer algo, pero probablemente no de forma inmediata, quizás durante los próximos seis meses. Los que están preparados para la acción no solo están pensando en cambiar, sino que esperan tomar alguna medida en un futuro próximo, quizás durante el mes siguiente. Los que se hallan en la fase de acción han comenzado ya a adoptar el nuevo comportamiento, pero todavía de modo experimental; las recaídas son frecuentes. Los que se hallan en la fase de mantenimiento han incorporado ya el comportamiento a sus hábitos cotidianos. Se han desarrollado cuestionarios para clasificar a las personas según estas categorías, en lo que se refiere a su comportamiento ante el ejercicio físico (Beth Marcus, comunicación personal, mayo de 1991).

El modelo contiene dos conceptos importantes, uno estático y otro dinámico. El concepto estático subraya el hecho de que existen diversos niveles de preparación para el cambio, y de que hay tantas diferencias personales en cuanto a este aspecto como en lo que se refiere a la edad, el sexo o los recursos de los individuos. Muchas de las actividades realizadas en el campo del ejercicio físico han tenido por objeto llevar a las personas desde la etapa de preparación para la acción a la fase de acción; se han dirigido hacia un segmento pequeño de la población y su influencia en las personas que se encontraban en otras fases ha sido escasa. La evaluación de los programas dirigidos hacia una de las etapas del cambio de comportamiento debe hacerse según el número de personas que se encuentran en esa etapa, y no en relación con la población total. Por ejemplo, si el objetivo de una intervención consiste en llevar a los sujetos de la fase de precontemplación a la de contemplación, el cambio de comporta-

miento físico no será una medida adecuada de evaluación.

El concepto dinámico subraya que el estado menos estable se produce inmediatamente después del paso a una nueva etapa.

Con gran frecuencia es preciso hacer un esfuerzo consciente por mantener el comportamiento deseado y las recaídas son habituales. Sin embargo, cierto número de personas consiguen mantener el cambio sin mayores esfuerzos conscientes y específicos a ese efecto. Los datos obtenidos en estudios sobre el comportamiento relacionado con el tabaco indican que las fases más estables del cambio de comportamiento son la primera y la última, mientras que las tres intermedias son más dinámicas. La bibliografía sobre el abandono del tabaco sugiere asimismo que el fumador medio entra y sale de la etapa de acción de tres a cuatro veces durante un período de 7 a 10 años, antes de alcanzar la fase de mantenimiento *(8)*. Este fenómeno ayuda a explicar el hallazgo de que uno de los mejores indicadores pronósticos de la participación a largo plazo en un programa de ejercicio sea el hecho de que la persona haya participado ya en un programa similar *(9)*.

EJEMPLOS DE PROMOCIÓN EXITOSA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Sería preciso mejorar el formato y la disponibilidad de descripciones de programas para mejorar la actividad física que hayan tenido éxito en el logro de sus objetivos. Los informes existentes tienden a documentar meticulosamente los cambios de la actividad física o del estado físico que se han producido en los grupos experimental y de control. Lamentablemente, no se describen de forma sistemática aquellos programas que, supuestamente, indujeron los cambios. Si bien se han producido cambios, las actividades que los han causado se explican solo de manera esquemática y, por tanto, no pueden reproducirse. Esta descripción deficiente de los programas tiene varias causas, como por ejemplo, que todavía no existe acuerdo sobre un sistema o taxonomía destinado a describir los programas de promoción de la salud. Además, los programas de promoción son complejos y difíciles de describir, en parte porque a menudo son de carácter "orgánico", es decir, crecen y se desarrollan a medida que progresan. Asimismo, los científicos suelen dirigir su atención hacia los resultados, sin prestar la debida consideración a la información necesaria para repetir el experimento.

Pese a todo, hay algunos programas que han tenido éxito y que, además, han sido bien descritos. Hemos seleccionado varios ejemplos que representan distintos escenarios y hemos intentado describir sistemáticamente el programa de promoción de cada uno.

Lugares de trabajo

La campaña de Johnson y Johnson VIVE POR LA VIDA es uno de los programas mejor documentados de los que se han llevado a cabo en centros laborales *(10, 11)*. Iniciado en 1978, incitaba al ejercicio físico, a dejar de fumar, a seguir una dieta adecuada, a perder peso y a manejar el estrés. El diseño de investigación comparaba los efectos de la campaña completa en cuatro empresas de Johnson y Johnson con los de otras tres, en las que los empleados participaron solo en la etapa del examen de salud y en una sesión de asesoramiento del programa.

Del programa VIVE POR LA VIDA pueden extraerse tres conclusiones importantes. En primer lugar, el programa funcionó, ya que consiguió incrementar con éxito el grado de ejercicio físico y mejorar el estado físico de una población variada de trabajadores de una de las empresas *(10)*. En segundo lugar, utilizó toda una gama de estrategias de promoción de la salud interrelacionadas y de mutuo sostén para informar, persuadir y facilitar el cambio (cuadro 1). En tercer lugar, el programa fue promocionado por expertos en

CUADRO 1. Estrategias de promoción de la salud de algunos programas de promoción del ejercicio físico seleccionados

Programa	VIVE POR LA VIDA	Id Por la Salud	Proyecto de Evaluación y Promoción de la Salud Comunitaria
Ambientes	Lugar de trabajo	Escuelas	Clínica ambulatoria
Población diana	Todos los empleados, sobre todo mujeres y trabajadores manuales	Maestros	Mujeres urbanas obesas, hipertensas, de renta baja
Compromiso de los líderes	La gerencia de la empresa comprometió recursos	Administradores clave involucrados en la planificación inicial, cartas de apoyo de los directores	Una coalición de dirigentes comunitarios planificó el programa
Métodos educativos			
Medios de comunicación	—	—	—
Material impreso	Folletos, material de lectura	—	Folletos, recetas
Electrónicos	Cintas de video y audio, instrucciones para uso con computadora		
Aulas	Instrucción formal en aulas	Formación en horas de trabajo	Clases vespertinas
Otros métodos educativos personales	Instructores formados en gimnasia, exploración de detección sistemática, asesoramiento individual	Exploración de detección sistemática para maestros y personal	Exploración de detección sistemática, visitas domiciliarias
Cambio de política	Normas de asistencia modificadas para facilitar la participación	—	Cambio de las sesiones del programa para incluir las sugerencias de los participantes
Cambio del entorno	Vestuarios y gimnasios, equipos de ejercicio, acontecimientos especiales	Módulos de enseñanza fáciles de usar	Ayuda al transporte y cuidado de los niños, protección policial, primeros pasos en la piscina, persianas para proteger la intimidad

mercadotecnia. Para que los programas de promoción de la salud tengan éxito, son necesarios los expertos en promoción de la salud.

Escuelas

Varios programas de actividad física ejecutados en escuelas han conseguido mejorar el estado físico de los alumnos *(12, 13)*. Puesto que los escolares son una audiencia cautiva, su estado físico puede mejorar haciendo las modificaciones adecuadas a las clases de educación física (EF). Una pregunta más importante sería: ¿Cómo se introduce un nuevo programa en el sistema escolar?

El programa de Texas, Id Por la Salud, logró aumentar el tiempo que los escolares de tercer y cuarto grado dedicaban a realizar actividades físicas placenteras, moderadas y enérgicas, en las clases de educación física *(14)*.

Para que las escuelas adoptaran el nuevo programa de EF, fue preciso poner en práctica varias estrategias de promoción de la salud tanto con los maestros como con el grupo diana (cuadro 1).

Un aspecto más fundamental y difícil se refiere al efecto que un programa escolar tiene en la actividad física que los niños realizan fuera de las horas de clase y realizarán en el futuro. Se han establecido asociaciones entre las puntuaciones de las pruebas del estado físico de los niños, su participación en deportes extraescolares y las notas de las clases de educación física con el ejercicio que posteriormente harán durante su vida adulta *(15, 16)*. Sin embargo, carecemos de pruebas empíricas que demuestren que el contenido y calidad de los programas de EF de la escuela influyen en los patrones de actividad física en el futuro.

Sistema de atención sanitaria

Un tercer medio importante del cubo de la promoción de la salud es el sistema de atención de la salud, que puede influir en el grado de ejercicio de la población de dos maneras distintas. En primer lugar y, en teoría más importante, está el hecho de que los proveedores de atención sanitaria pueden influir en las actitudes y hábitos de sus pacientes al aconsejarlos directamente sobre los comportamientos relacionados con la salud *(17)*. Cuando se les pregunta, los pacientes de los Estados Unidos y el Canadá afirman que el consejo de su médico es un factor de influencia importante con respecto a la práctica de ejercicio físico *(18, 19)*.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos recomendó que los médicos aconsejaran sobre la actividad física como intervención preventiva primaria para aumentar este tipo de actividad entre la población *(2)*. Los datos preliminares obtenidos en un solo estudio indican que las probabilidades de que los pacientes comiencen un programa de ejercicio físico regular son mayores cuando sus médicos les animan a hacerlo *(2)*. Sin embargo, muchos médicos se consideran mal preparados para aconsejar a sus pacientes sobre este aspecto *(20–22)*.

En segundo lugar, el establecimiento de atención médica puede emplearse como punto focal para promover el ejercicio. Se destina un espacio al programa, el hospital o clínica proporciona instructores, y los participantes se reclutan entre la población de pacientes. Los programas de rehabilitación cardíaca han usado este modelo desde hace muchos años. Un ejemplo menos frecuente de promoción del ejercicio físico en una clínica es el Proyecto de Promoción y Evaluación de la Salud Comunitaria (Community Health Assessment and Promotion Project, CHAPP) *(23)* de Atlanta. En este, una clínica situada en uno de los barrios pobres de la ciudad elaboró un programa de ejercicio y nutrición para mujeres obesas hipertensas, muchas de las cuales también presentaban diabetes mellitus de tipo adulto. Mediante un conjunto de estrategias educativas y ambientales (cuadro 1), las participantes adelgazaron y sus valores de presión arterial descendieron *(23)*. Este programa tuvo éxito pese a haberse llevado a cabo en uno de los vecindarios más pobres de Atlanta y a que estaba dirigido hacia una población que suele describirse como "difícil de alcanzar". Se dispone de una descripción detallada del mismo *(24)*.

Programas de magnitud comunitaria e internacional

Los centros laborales, las escuelas y los sistemas de atención de la salud forman parte de una comunidad más amplia. La mayor diversidad de la comunidad implica que tanto la intervención como la evaluación serán más complejas. Se han hecho varios intentos comunitarios de incrementar el grado de actividad física. Tres de los grandes proyectos de demostración efectuados en los Estados Unidos para prevenir las enfermedades cardiovasculares (Stanford, Minnesota

y Pawtucket) han incluido la actividad física en sus intervenciones. Todavía no se dispone de los datos definitivos, pero los preliminares sugieren un aumento del ejercicio físico regular en los grupos experimentales *(25, 26)*. Las descripciones de los programas indican que se utilizaron distintas estrategias orientadas hacia grupos diana específicos en distintos entornos. Así pues, se usaron muchos de los "cubitos" del cubo de promoción de la salud. En el ámbito comunitario, el esfuerzo de planificar, ejecutar y evaluar los programas de intervención son complicados y costosos, puesto que es preciso aplicar un amplio abanico de estrategias a todo un conjunto de escenarios y grupos diana.

Pasar del ámbito comunitario al nacional supone añadir un nuevo estrato de complejidad, ya que a nivel de este último, la diversidad de los escenarios, grupos diana y organizaciones es aún mayor. Se dispone de pocos datos sobre las tendencias o los intentos nacionales de aumentar la actividad física. La información sobre partidas presupuestarias identificables destinadas específicamente a este fin en algunos países indican que la inversión per cápita es pequeña. Así, los gastos anuales aproximados per cápita (en US$) son: Consejo Presidencial de los Estados Unidos para el Estado Físico y los Deportes, 0,6 centavos; programa "Cuida tu corazón" de Inglaterra, 3,1 centavos; programa "Vida: participa" de Australia (concluido en 1980), 4,1 centavos y PARTICIPacción del Canadá, 7,0 centavos.

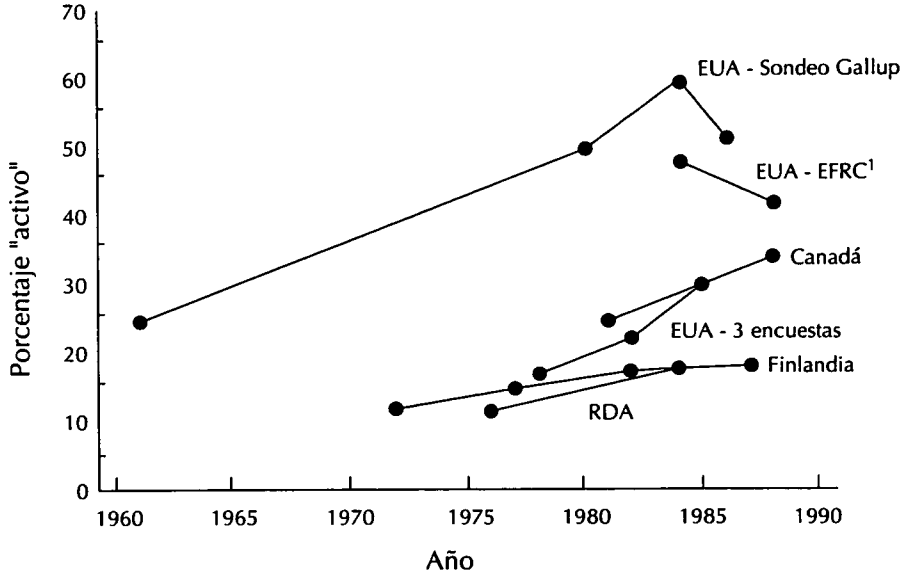
Los escasos datos de que se dispone acerca de las tendencias de la actividad física realizada en los ratos libres en cuatro países (Canadá, Finlandia, Estados Unidos y la República Democrática Alemana) sugieren un aumento de la misma a lo largo de los últimos 20 a 25 años *(27)* (figura 2). No se puede comparar la altura de las líneas de la figura 2 porque cada una representa una definición distinta de "actividad", pero sí puede verse que todos los países muestran tendencias crecientes.

De los cuatro países sobre los que tenemos información acerca de las tendencias de la actividad física recreativa, solo en el Canadá se ha hecho un esfuerzo visible de promoción. PARTICIPacción es una empresa privada sin fines de lucro creada en 1971 con financiación inicial del gobierno canadiense. Tiene como misión promover la actividad física como esparcimiento y alentar a los canadienses a asumir mayor responsabilidad personal por su propio estado de salud y bienestar. La estrategia más importante del programa consiste en difundir mensajes humorísticos sobre las ventajas de la vida activa mediante avisos publicitarios de servicio público. Sus campañas se han dedicado a hacer pasar a los canadienses de la etapa de precontemplación a la de contemplación y de la preparación para la acción a la acción. Por ejemplo, una consigna usada hace algunos años para llevar a la acción fue: "No lo pienses ¡Hazlo!".

La campaña de PARTICIPacción es muy conocida en el Canadá. Más de 80% de la población identifica su logotipo y su símbolo y durante al menos un decenio, dicha campaña se identifica más con la promoción de la actividad física que cualquier otra organización del país. ¡Su logotipo y su mensaje son tan penetrantes, que toda una generación de canadienses duda de la ortografía correcta de la palabra "participación"!

Sin embargo, lo más importante es que 95% de los canadienses creen que los esfuerzos de PARTICIPacción son útiles y 82% creen que funciona, en el sentido de que ha incitado a la gente a incrementar su actividad. Si ello es o no cierto sería motivo de un estudio más profundo, pero la mera existencia de esta creencia es ya impresionante.

La promoción de la actividad física durante los ratos de ocio en los Estados Unidos está descentralizada. Un informe de 1982 señalaba que "la promoción del estado físico (no es) un tema claro de preocupación gubernamental" *(28)*. En ese mismo informe se indicaba que la promoción de los deportes que lleva a cabo el gobierno, y por extensión del ejercicio físico en los momentos de esparcimiento, es menos activa y tiene menos éxito



[1]Encuesta sobre factores de riesgo del comportamiento.

FIGURA 2. Porcentaje de la población adulta considerada físicamente activa durante sus horas libres en Canadá, Finlandia, los Estados Unidos y la República Democrática Alemana

en los Estados Unidos que las actividades desempeñadas en Australia o el Canadá. Durante el decenio de 1980, los objetivos nacionales de salud han llamado la atención sobre la importancia de hacer ejercicio regularmente, pero se han asignado escasos recursos en ese rubro. El Consejo Presidencial de los Estados Unidos para el Estado Físico y los Deportes, que dispone de un presupuesto per cápita que corresponde a la décima parte del de PARTICIPacción, y los Centros para la Prevención y Control de las Enfermedades (CDC) son los dos únicos organismos federales que incluyen en su programa la promoción de la actividad física. Sin embargo, ninguno dispone de la financiación suficiente para incrementar de forma específica y apreciable sus intervenciones en este campo. Las actividades de las organizaciones "de base", las de comercialización de la industria de equipos deportivos y gimnásticos y la cobertura de los medios de comunicación han creado un foro permanente para tratar el tema. En este momento, la promoción de la actividad física en las horas libres parece ser más fruto del azar que de un programa coordinado.

En Finlandia se han realizado algunas campañas de información y varias organizaciones deportivas han organizado acontecimientos a nivel nacional. También se han ejecutado varios programas comunitarios y en centros laborales. Sin embargo, dado que no existe un intento nacional por coordinar o hacer el seguimiento de esos programas, se desconoce la influencia que esas actividades puedan tener en cuanto a aumentar el tiempo libre que se dedica a la actividad física.

Durante los últimos 20 años, la República Democrática Alemana se ha hecho famosa por sus éxitos en las Olimpíadas. En 1968, los atletas de ese país ganaron 30 medallas olímpicas; en 1988, ganaron 127. Los cambios con respecto al tiempo libre que la población general destina a la actividad física son más modestos (figura 2). Pese a la relación temporal que existe entre haber cuadruplicado el número de medallas olímpicas ganadas por sus atletas y el aumento relativamente discreto de la actividad física autonotificada en

la República Democrática Alemana, parece poco probable que un programa destinado a crear deportistas de elite sea también responsable de los cambios experimentados por la población. En efecto, estos cambios no son mayores que los de las poblaciones del Canadá, Finlandia o los Estados Unidos, donde no se ha producido un aumento notable del número de campeones olímpicos. Además, el programa atlético de la República Democrática Alemana identificaba a los deportistas más dotados y les proporcionaba instalaciones especiales y separadas para su entrenamiento, las cuales no estaban disponibles para la población general.

Las similitudes de los patrones y tendencias de los cuatro países sugieren que, pese a ciertas diferencias, comparten algunos factores que influyen de manera importante en lo que a la práctica del ejercicio físico se refiere. En los Estados Unidos y en Finlandia, se han difundido numerosos mensajes no coordinados transmitidos por las organizaciones deportivas, la industria del ejercicio físico y las publicaciones generales y científicas. En general, se ha prestado mayor atención a promocionar los deportes y el ejercicio enérgico. En el Canadá, la promoción se ha realizado en forma similar a la de los Estados Unidos y Finlandia con el componente adicional de PARTICIPacción, organización bien conocida que incita a participar en actividades físicas recreativas. A pesar de sus grandes diferencias políticas y económicas y de sus intentos por el acceso de la población a la información que procede el oeste, los ciudadanos de la República Democrática Alemana se han visto sometidos a muchos de los mismos mensajes sobre actividad física a través de los medios de comunicación. El programa destinado a desarrollar atletas de elite, de cuyo éxito no cabe dudar, no ha dado oportunidades adicionales a la población para que practique actividades físicas en sus momentos de ocio, pero puede haber aumentado su sensibilidad a otras fuentes de información.

Existen varias explicaciones posibles para el aumento general de la actividad física recreativa que ha tenido lugar en los últimos 20 a 25 años en estos cuatro países y, supuestamente, en otras naciones industrializadas. Una de ellas es el artefacto de notificación. Las personas pueden responder de distinta manera a la misma pregunta a lo largo del tiempo. La población actual podría estar pensando más en su actividad física y, en consecuencia, recordando o quizás inventando más actividades que en años pasados.

Sin embargo, creemos más probable que las tendencias sean reales. Podrían ser la expresión espontánea de una necesidad innata de ejercicio físico que se traduce cada vez más en la realización de actividades durante los ratos de ocio, porque el esfuerzo dedicado al trabajo, al transporte y a otras necesidades ha disminuido. También podrían ser efecto de la publicidad generada por el número creciente de trabajos científicos que dan cuenta de las ventajas de la actividad física regular, o de los programas de promoción planificados de los distintos negocios y empresas relacionados con el ejercicio. Por último, en el Canadá parte del cambio podría deberse a PARTICIPacción. Aunque en todos los países se ha producido un aumento de la actividad física, parece que en el Canadá ha sido mayor.

Como contraste con esta estimulante observación acerca de las tendencias generales de la actividad física recreativa, existen tres aspectos descorazonadores. En primer lugar, el incremento del tiempo libre dedicado a la actividad física parece más que contrapesado por la disminución de esta actividad dedicada al trabajo y al transporte. Los datos procedentes de Finlandia, los Estados Unidos y la República Democrática Alemana establecen una tendencia descendente de la actividad laboral *(27)*. En el este de Finlandia, por ejemplo, las encuestas indican que la proporción de hombres que destinan 30 minutos o más a irse al trabajo en bicicleta o a pie ha experimentado un notable descenso (figura 3). En segundo lugar, la mayor parte de la población permanece poco activa. Aunque todas las encuestas presentadas en la figura 2 utilizaron distintas definiciones para los

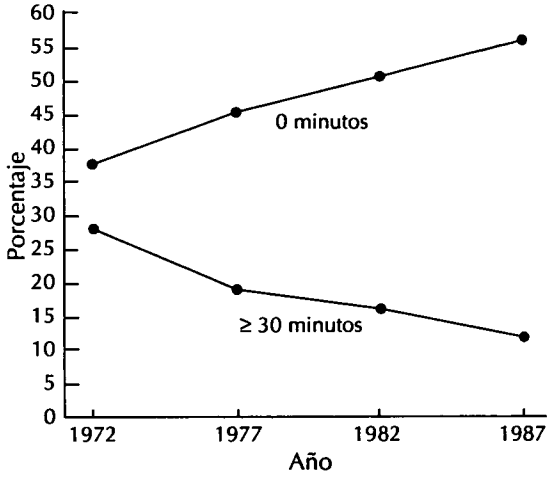


FIGURA 3. Minutos diarios dedicados a acudir al trabajo caminando o en bicicleta, hombres adultos, Finlandia

individuos "activos", en todas, salvo en el sondeo Gallup, la mayor parte de los participantes fueron clasificados como inactivos. En tercer lugar, los que más podrían beneficiarse del aumento de la actividad física son los que menos la practican. Los datos procedentes del Canadá, Finlandia y los Estados Unidos indican que los más pobres o menos educados y los que tienen otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular son también los menos activos *(27, 29, 30)*.

IMPLICACIONES POLÍTICAS Y DE INVESTIGACIÓN

Existen pruebas claras y convincentes de que la actividad física regular conserva y mejora la salud. Los datos procedentes de distintos países revelan una participación creciente, aunque aún desigual y baja, en las actividades físicas durante los ratos de ocio. Los programas generales de promoción de la salud ejecutados en centros de trabajo, escuelas y sistemas de atención sanitaria han incrementado la participación en este tipo de actividades. Estas observaciones tienen implicaciones importantes en relación con el diseño de programas nacionales de promoción del ejercicio físico recreativo.

Primeramente, una política de promoción del ejercicio físico recreativo debería basarse en los principios establecidos de la promoción de la salud. La promoción de la salud general, basada en la población, comprende una amplia gama de estrategias educativas y del ambiente aplicadas a distintos ámbitos y orientadas hacia colectivos definidos. Las estrategias educativas destinadas a mejorar los conocimientos y capacidades deben transmitirse a través de múltiples canales a los grupos diana específicos. Es preciso difundir el conocimiento sobre las múltiples ventajas de la actividad física y la facilidad, si no el placer, con que pueden conseguirse esas ventajas. Ante poblaciones tan sedentarias como las nuestras, quizás sea preciso enseñar también las destrezas físicas y de comportamiento necesarias para ello. Puesto que muchos de los beneficios para la salud se obtienen con actividades de intensidad baja o moderada, como pasear o cuidar un huerto, prácticamente la totalidad de la población posee ya la capacidad necesaria para mantenerse activa. Las destrezas de comportamiento que se precisan para incorporar la actividad física a la vida cotidiana serán más difíciles de inculcar.

Las estrategias ambientales deben facilitar la actividad. Los programas deben tratar de lograr que el mantenerse activo resulte más fácil, en vez de más difícil. Un comienzo razonable podría consistir en proporcionar senderos, caminos y aceras seguros para los caminantes. La utilización más completa de las instalaciones existentes es una oportunidad barata y accesible. También podrían utilizarse las exenciones impositivas para alentar a las empresas a que animen a sus trabajadores a mantenerse activos.

Conviene observar que los principios de la promoción de la salud, puestos de manifiesto en el "cubo de promoción de la salud" (figura 1), indican que para lograr el éxito es preciso

aplicar un enfoque equilibrado y polifacético. También es necesario utilizar estrategias múltiples aplicadas a muchos y variados ambientes para llegar a diversos grupos. En los Estados Unidos, los objetivos sobre Actividad y Estado Físico del Departamento de Salud y Servicios Humanos proporcionan metas correctas, pero carecen de las recomendaciones suficientes sobre cómo alcanzarlas *(3)*. Resultaría muy útil disponer de recomendaciones específicas acerca de la promoción nacional de la actividad física similares a las que se elaboraron recientemente en Australia *(31)*.

Las políticas nacionales de promoción de la actividad física deben, simultáneamente, reconocer los límites del método científico y aprovechar sus ventajas. De entre los límites, tres destacan por su importancia. En primer lugar, el hecho de que cada nación es un experimento único para el que no existe referencia verdaderamente adecuada con la que pueda compararse. Así pues, la ciencia experimental no puede llegar a conclusiones causales apoyadas en la estadística sobre los cambios nacionales que puedan tener lugar. Además, el efecto de un programa determinado resulta imposible de distinguir de las tendencias seculares o del ruido de fondo. A nivel nacional, un programa de promoción de la salud bien planificado y ejecutado cubre demasiadas variables como para permitir que se aísle y estudie adecuadamente uno de sus componentes. Asimismo, los diversos tipos de actividad física y de lugares donde se lleva a cabo, la plétora de grupos diana con características propias (incluso la etapa de cambio), las estrategias educativas y del medio y los muchos marcos en los que pueden aplicarse crean demasiadas variables como para un proyecto de investigación. Por último, la misma naturaleza de la promoción de la salud frustra cualquier intento de evaluación empírica. Un programa de promoción de la salud a gran escala y bien diseñado acabará por fundirse hasta tal punto con el entramado de la sociedad que será imposible diferenciarlo de las tendencias seculares. De hecho, será un factor determinante importante de esas tendencias seculares de las que tratamos de separarlo. Toda evaluación que se proponga aislar los efectos de los componentes básicos de un programa nacional de promoción de la salud y distinguir entre sus efectos y las tendencias seculares fracasará en la apreciación de la naturaleza del programa que pretende evaluar.

Pese a todo, los métodos científicos son imprescindibles para realizar y evaluar programas nacionales de promoción de la salud destinados a promover un aumento de la actividad física. Es necesario hacer la evaluación experimental de los distintos componentes de estos programas en determinados escenarios y poblaciones limitadas. Por ejemplo, ¿Cuáles son los mejores métodos para llevar a los individuos desde la fase de precontemplación a la de contemplación? ¿Qué clase de programas escolares ejercen una influencia positiva mayor sobre los patrones de actividad física de la vida adulta? ¿Cómo pueden los médicos y otros profesionales de la salud ejercer la máxima influencia en los patrones de actividad física de sus pacientes? Estas y muchas otras preguntas específicas pueden y deben contestarse mediante proyectos de investigación específicamente diseñados.

Como parte de esta investigación, sería preciso disponer de un formato normalizado y sistemático para describir los programas de promoción de la actividad física y, de hecho, de todos los programas de promoción de la salud. Los programas no pueden reproducirse si no se han descrito. Los intentos de medir los resultados de los programas de promoción de la salud son importantes, pero solo son la mitad de la tarea. También son necesarias las descripciones correctas de los programas. Para tales descripciones, será muy útil intentar identificar y codificar cada uno de los elementos de esos programas.

Por último, es imprescindible disponer de encuestas y sistemas de vigilancia de las prácticas de actividad física actuales. La orientación de las futuras actividades de promoción de la salud y de la consiguiente investigación dependerá en gran medida de las tendencias globales y específicas de grupo que se hayan

identificado. La información que hoy tenemos acerca de las prácticas de actividad física presente y pasada sugiere que se ha dado un aumento del tiempo libre dedicado a las mismas en los países industrializados. Debemos disponer de nuevos datos, recogidos periódicamente con instrumentos válidos y exactos. Es preciso mantener los sistemas de vigilancia, como la Encuesta sobre el Estado Físico de Canadá, el Estudio sobre Factores de Riesgo del Comportamiento de los Estados Unidos y las encuestas de Carelia del Norte y de los Comportamientos Nacionales Relacionados con la Salud de Finlandia. No debería iniciarse ningún programa nacional sin los medios suficientes para medir los cambios de la población.

Los beneficios de la actividad física para la salud son grandes, pero menos de la mitad de nuestras poblaciones los disfruta. Sin embargo, los programas generales de promoción de la salud pueden llegar a aumentar la actividad física de las poblaciones sedentarias. En cualquier nación, la situación más deseable sería disponer de un esfuerzo de promoción de la salud coordinado y en gran escala que se siga mediante sistemas de vigilancia, evaluado por la ejecución de sus distintos elementos y respaldado y moldeado por una investigación existente y actualizada sobre sus aspectos específicos.

REFERENCIAS

1. Powell, K. E., Thompson, P. D., Caspersen, C. J., and Kendrick, J. S. "Physical Activity and the Incidence of Coronary Heart Disease," *Ann. Rev. Public Health* 8 (1987):253–87.
2. Harris, S. S., Caspersen, C. J., DeFriese, G. H., and Estes, E. H. "Physical Activity Counselling for Healthy Adults as a Primary Preventive Intervention in the Clinical Setting," *JAMA* 261 (1989):3590–98.
3. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives.* U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. DHHS Publication No. (PHS) 91-50212. 1991, pp. 94–110.
4. Green, L. W., and Kreuter, M. W. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach.* Palo Alto, California: Mayfield Publishing Company, 1991.
5. Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Salonen, J. T., Koskela, K., McAlister, A., Kottke, T. E., Maccoby, N., and Farquhar, J. W. "The Community-based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease: Conclusions from the Ten Years of the North Karelia Project." Véase la pág de este libro.
6. Kottke, T. E., Battista, R. N., DeFriese, G. H., and Brekke, M. L. "Attributes of Successful Smoking Interventions in Medical Practice," *JAMA* 259 (1988):2882–89.
7. Prochaska, J. O., and DiClemente, C. C. "Stages and Processes of Self-change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change," *J. Consult. Clin. Psychol.* 51 (1983):390–95
8. Prochaska, J. O. "What Causes People to Change from Unhealthy to Health Enhancing Behavior?," in Cummings, C. C., and Floyd, J. D., editors. *Human Behavior and Cancer Risk Reduction: Proceedings of Working Conference on Unmet Research Needs.* Atlanta, Georgia: American Cancer Society, 1989, pp. 30–34.
9. Dishman, R. K., Sallis, J. F., and Orenstein, D. R. "The Determinants of Physical Activity and Exercise," *Public Health Rep.* 100 (1985):158–71.
10. Blair, S. N., Piserchia, P. V., Wilbur, C. S., and Crowder, J. H. "A Public Health Intervention Model for Worksite Health Promotion," *JAMA* 255 (1986):921–26.
11. Nathan, P. E. "Johnson & Johnson's Live for Life: A Comprehensive Positive Lifestyle Change Program," in Matarazzo, J. D., Weiss, S. M., Heard, J. A., Miller, N. E., and Weiss, S. M., editors. *Behavioral Health.* New York: John Wiley & Sons, 1984:1064–70.
12. Dwyer, T., Coonan, W. E., Leitch, D. R., Hetzel, B., and Baghurst, P. A. "An Investigation of the Effects of Daily Physical Activity on the Health of Primary School Students in South Australia," *Int. J. Epidemiol.* 12 (1983):308–13.
13. Duncan, B., Boyce, T., Itami, R., and Paffenbarger, N. "A Controlled Trial of a Physical Fitness Program for Fifth Grade Students," *J. School Health* 53 (1983):467–71.
14. Simons-Morton, B. G., Parcel, G. S., and O'Hara, N. M. "Implementing Organizational Changes to Promote Healthful Diet and Physical Activity at School," *Health Educ. Quarterly* 15 (1988):115–30.
15. Engstrom, L. "The Process of Socialization into Keep-fit Activities," *Scand. J. Sports Science* 8 (1986):89–87.
16. Dennison, B. A., Straus, J. H., Mellits, E. D., and Charney, E. "Childhood Physical Fitness Tests: Predictor of Adult Physical Activity Levels?," *Pediatrics* 82 (1988):324–30.
17. Council of Scientific Affairs, American Medical Association. "Education for Health: A Role for Physicians and the Efficacy of Health Education Efforts," *JAMA* 263 (1990):1816–19.
18. "Prevention in America: Steps People Take—or Fail to Take—for Better Health." New York Louis Harris and Associates, 1984.
19. Stephens, T., and Craig, C. L. "Well-being in Canada:

Highlights of the 1988 Campbell's Survey." Ottawa: Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1990.

20. Wells, K. B., Lewis, C. E., Leake, B., and Ware, J. E., Jr. "Do Physicians Preach What They Practice? A Study of Physicians' Health Habits and Counseling Practices," *JAMA* 252 (1984):2846–48.
21. Rosen, M. A., Logsdon, D. N., and Demak, M. M. "Prevention and Health Promotion in Primary Care: Baseline Results on Physicians from the INSURE Project on Lifecyle Preventive Health Services," *Prev. Med.* 13 (1984):535–48.
22. Attarian, L., Fleming, M., Barron, P., and Strecher, V. "A Comparison of Health Promotion Practices of General Practitioners and Residency Trained Family Physicians," *J. Comm. Health* 12 (1987):31–39.
23. Lasco, R. A., Curry, R. H., Dickson, V. J., Powers, J., Menes, S., and Merritt, R. K. "Participation Rates, Weight Loss, and Blood Pressure Changes among Obese Women in a Nutrition-exercise Program," *Public Health Rep.* 104 (1989):640–46.
24. Centers for Disease Control. "Mobilizing a Minority Community to Reduce Risk Factors for Cardiovascular Disease: An Exercise-Nutrition Handbook." Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, US Department of Health and Human Services, 1989.
25. Crow, R., Blackburn, H., Jacobs, D., Hannon, P., Pirie, P., Mittlemark, M., Murray, D., and Leupker, R. "Population Strategies to Enhance Physical Activity: The Minnesota Heart Health Program," *Acta Med. Scand. Suppl.* 711 (1986):93–112.
26. Farquhar, J. W., Fortmann, S. P., Flora, J. A., Taylor, C. B., Haskell, W. L., Williams, P. T., Maccoby, N., and Wood, P. D. "Effects of Community-wide Education on Cardiovascular Disease Risk Factors: The Stanford Five-city Project," *JAMA* 264 (1990):359–65.
27. Powell, K. E., Stephens, T., Marti, B., Heinemann, L., and Kreuter, M. W. "Progress and Problems in the Promotion of Physical Activity," in Oja, P., editor. *Proceedings of the World Congress on Sport for All.* Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V., 1991 (in press).
28. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. "Final Report: A Comparative Assessment of Physical Fitness and Sports Promotion and Delivery in the United States, Canada, and Australia." Washington, DC: Granville Corp., 1982.
29. Marti, B., Salonen, J. T., Tucmilehto, J., and Puska, P. "10-Year Trends in Physical Activity in the Eastern Finnish Adult Population: Relationship to Socioeconomic and Lifestyle Characteristics," *Acta Med. Scand.* 224 (1988):195–203.
30. Stephens, T., Jacobs, D. R., and White, C. C. "A Descriptive Epidemiology of Leisure-Time Physical Activity," *Public Health Reports* 100 (1985):147–58.
31. Owen, N., and Lee, C. "Development of Behaviorally-based Policy Guidelines for the Promotion of Exercise," *J. Public Helath Policy* 10 (1989):43–61.

ANEXOS

ANEXO I
CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

17–21 de noviembre de 1986

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente Carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000".

Esta Conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La Conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

PROMOCIONAR LA SALUD

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Prerrequisitos para la salud

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social

y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Promocionar el concepto

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder **promocionar** la salud.

Promocionar los medios

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y **proporcionar los medios** que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

Actuar como mediador

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de **actuar como mediadores** entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD IMPLICA:

La elaboración de una política pública sana

Para promover la salud se debe ir más alla del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la

elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

La creación de ambientes favorables

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a lo otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, deben formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

El reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la

elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

El desarrollo de las aptitudes personales

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

Irrumpir en el futuro

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deben tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación

El compromiso a favor de la promoción de la salud

Los participantes en esta Conferencia se comprometen:

- a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;
- a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas;
- a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;
- a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;
- a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles y a tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestras formas de vida. La Conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

Llamada a la acción internacional

La Conferencia llama a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros

apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta, el objetivo "Salud para Todos en el año 2000" se hará realidad.

La presente Carta fue elaborada y adoptada por una conferencia internacional organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Doscientos delegados de 38 países se reunieron en Ottawa del 17 al 21 de noviembre de 1986 para intercambiar experiencias y conocimientos dirigidos a la promoción de la salud.

La Conferencia favoreció un diálogo abierto entre profanos y profesionales de la salud y de otros sectores, entre representantes de los organismos gubernamentales, comunitarios y asociaciones benéficas, así como entre políticos, administradores y técnicos sanitarios. Los participantes coordinaron sus esfuerzos para definir claramente los objetivos futuros y reforzar su compromiso individual y colectivo hacia el objetivo común de la "Salud para Todos en el año 2000".

Esta Carta para la acción refleja el espíritu de las cartas que la precedieron, en las cuales se reconocieron y trataron las necesidades de los pueblos. La Carta presenta los enfoques y estrategias para la promoción de la salud que los participantes consideraron indispensables para que se produzca un progreso auténtico. El informe de la Conferencia examina en detalle las cuestiones que se discutieron, ofrece ejemplos concretos y sugerencias prácticas para avanzar en el progreso real y apunta a la acción que se exige de las naciones y los grupos interesados.

El avance hacia un nuevo concepto de la salud pública es ya evidente en todo el mundo. Este avance se ha visto confirmado no solo por las experiencias sino también por los compromisos concretos de los individuos invitados a participar en calidad de expertos. Los países que estuvieron representados en la Conferencia fueron los siguientes: Antigua, Australia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Canadá, Checoslovaquia, Dinamarca, Escocia, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Ghana, Holanda, Hungría, Inglaterra, Irlanda del Norte, Islandia, Israel, Italia, Japón, Malta, Nueva Zelanda, Noruega, País de Gales, Polonia, Portugal, República Democrática de Alemania, República Federal de Alemania, República de Irlanda, Rumania, Saint Kitts y Nevis, Suecia, Sudán, Suiza, Unión Soviética y Yugoslavia.

ANEXO II
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EQUIDAD[1]

Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud 9–12 de noviembre de 1992

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que se realizó bajo los auspicios del Ministerio de Salud de Colombia y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tuvo lugar en Santafé de Bogotá del 9 al 12 de noviembre de 1992. La misma contó con la asistencia de los ministros de salud de Bolivia, Colombia, Ecuador y Nicaragua; los viceministros de salud de Cuba, Guatemala y Panamá, y el Alcalde de la Paz. Por parte de la OPS asistieron el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, los coordinadores de los programas regionales de Promoción de la Salud, Salud Ambiental, Servicios de Salud y Salud Maternoinfantil, así como consultores provenientes de la sede central y las representaciones en los países. También participaron, entre otros, funcionarios de entidades del sector salud, expertos, personas vinculadas a procesos de promoción social, representantes de servicios de salud y saneamiento ambiental, de organizaciones no gubernamentales y de asociaciones comunitarias, docentes, estudiantes y profesionales de la comunicación social.

En suma, 550 representantes de 21 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) se reunieron para definir el significado de la promoción de la salud en América Latina y debatir principios, estrategias y compromisos relacionados con el logro de la salud de la población de la Región.

Las conclusiones de la Conferencia responden a la problemática específica

[1]Elaborada y adoptada por la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud organizada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Colombia, del 9 al 12 de noviembre de 1992 en Santafé de Bogotá, Colombia.

de las naciones latinoamericanas, e incorporan significativamente aportes de reuniones internacionales previas y experiencias en promoción de la salud de otras naciones del mundo.

A continuación se presenta la declaración elaborada y adoptada por la Conferencia.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

La promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo. La Región, desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recuros para hacerles frente. Por consiguiente, el desafío de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

1. Sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida. Estas complejas y agobiantes desigualdades tanto de tipo económico, ambiental, social, político y cultural, como relativas a cobertura, acceso y calidad en los servicios de salud tienden a acentuarse en razón de la reducción histórica del gasto social y de las políticas de ajuste. Por tanto, es inaplazable afrontar y resolver estos problemas en la perspectiva de alcanzar la salud para todos.
2. La situación de inequidad de la atención de la salud en los países de América Latina reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de salud pública, orientadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades del atraso y la pobreza, al que se superpone el causado por las enfermedades de la urbanización y la industrialización. La Región presenta una situación epidemiológica caracterizada por la persistencia o el resurgimiento de endemias como la malaria, el cólera, la tuberculosis y la desnutrición; por el incremento de problemas como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y por la aparición de nuevas enfermedades como el sida o las resultantes del deterioro ambiental. Dentro de este panorama, la promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en las modificaciones de las condiciones sanitarias y en la manera de vivir, conducentes a la creación de una cultura de la salud. A este efecto, la entrega de información y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades.

3. En el orden político existen barreras que limitan el ejercicio de la democracia y la participación ciudadana en la toma de decisiones. En estas circunstancias, la violencia —en todas sus formas— contribuye notablemente al deterioro de los servicios, es causa de numerosos problemas psicosociales y constituye el trasfondo en que se inscriben numerosos problemas de salud pública.
4. El logro de la equidad consiste en eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho de bienestar. Cada sociedad define su bienestar como una particular opción de vivir con dignidad. El papel que le corresponde a la promoción de la salud para alcanzar este propósito consiste no solo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para aliviar sus efectos, sino en actuar además como un agente de cambio que induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y sus dirigentes, origen de estas calamidades.
5. El desarrollo integral y recíproco de los seres humanos y las sociedades es la esencia de la estrategia de promoción de la salud en el continente. En consecuencia, esta asume las tradiciones culturales y los procesos sociales que han forjado nuestras nacionalidades posibilitando, además, enfrentar creativa y solidariamente la adversidad, los obstáculos estructurales y las crisis recurrentes. Reconocer, recuperar, estimular y difundir estas experiencias es indispensable para la transformación de nuestras sociedades y el impulso a la cultura de la salud.

Estrategias

A nivel internacional, el movimiento de promoción de la salud ha generado propuestas teóricas y prácticas entre las cuales se destaca el planteamiento de la Carta de Ottawa por su claridad en definir los elementos constitutivos de la promoción de la salud y los mecanismos para ponerla en práctica. La incorporación de estas propuestas resulta indispensable para recrear la estrategia de promoción de la salud en América Latina.

1. Impulsar la cultura de la salud modificando valores, creencias, actitudes y relaciones que permitan acceder tanto a la producción como al usufructo de bienes y oportunidades para facilitar opciones saludables. Con ellos será posible la creación de ambientes sanos y la prolongación de una vida plena con el máximo desarrollo de las capacidades personales y sociales.
2. Transformar el sector salud poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud, lo cual significa garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes que producen morbimortalidad e impulsar procesos que conduzcan a nuestros pueblos a forjar ideales de salud mediante la plena toma de conciencia de la importancia de la salud y la determinación de realizar acciones trascendentales de impacto en este campo.

3. Convocar, animar y movilizar un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad. Este es un proceso tendiente a modificar las relaciones sociales de modo que sean inaceptable la marginación, la inequidad, la degradación ambiental y el estado de malestar que estas producen.

Compromisos

El derecho y el respeto a la vida y la paz son los valores éticos fundamentales de la cultura de la salud. Resulta indispensable a la promoción de la salud en América Latina asumir estos valores, cultivarlos y practicarlos cotidianamente.

1. Impulsar el concepto de la salud condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos, y la promoción de la salud como estrategia para modificar estos factores condicionantes.
2. Convocar a las fuerzas sociales para aplicar la estrategia de promoción de la salud, supeditando los intereses económicos a los propósitos sociales, a fin de crear y mantener ambientes familiares, físicos, naturales, laborales, sociales, económicos y políticos tendientes a promover la vida, no a degradarla.
3. Incentivar políticas públicas que garanticen la equidad y favorezcan la creación de ambientes y opciones saludables.
4. Afinar mecanismos de concentración y negociación entre los sectores sociales e institucionales para llevar a cabo actividades de promoción de la salud, con miras a avanzar hacia el logro de bienestar, propiciando la transferencia de recursos de inversión social a las organizaciones de la sociedad civil.
5. Consolidar una acción comprometida y efectiva para reducir gastos improductivos, tales como los presupuestos militares, la desviación de fondos públicos hacia la generación de ganancias privadas, la profusión de burocracias excesivamente centralizadas, y otras fuentes de ineficiencia y desperdicio.
6. Fortalecer las capacidades de la población para participar en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables.
7. Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer. La participación de la mujer, gestora de vida y bienestar, constituye un eje indispensable de la promoción de la salud en América Latina.
8. Estimular el diálogo de saberes diversos, de modo que el proceso de desarrollo de la salud se incorpore al conjunto del patrimonio cultural de la Región.
9. Fortalecer la capacidad de convocatoria del sector salud para movilizar recursos hacia la producción social de salud, estableciendo la responsabilidad del quehacer de los diferentes actores sociales en sus efectos sobre la salud.

10. Reconocer como trabajadores y agentes de la salud a las personas comprometidas con los procesos de promoción de la salud, de la misma manera que a los profesionales formados para la prestación de servicios asistenciales.
11. Estimular la investigación en promoción de la salud, para generar ciencia y tecnología apropiada y diseminar el conocimiento resultante de forma que se transforme en instrumento de liberación, cambio y participación.

El nuestro es un continente de esperanza y de futuro. Realizar la esperanza, vivir en paz con dignidad es el compromiso que asumimos.

Santafé de Bogotá,
noviembre de 1992

ANEXO III
CARTA DEL CARIBE PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD[1]

1–4 de junio de 1993

Durante la 13ª Reunión de los Ministros Responsables de la Salud del Caribe, y después de haber tomado conciencia de la pertinencia de la promoción de la salud como proceso importante y significativo a través del cual los pueblos del Caribe podrían asumir un control mayor sobre su salud y mejorarla, se pidió la elaboración de una Carta del Caribe para la Promoción de la Salud.

En cumplimiento de este mandato, se celebró en Puerto España, Trinidad y Tabago, la Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe. La reunión se efectuó del 1 al 4 de junio de 1993 con la participación de 125 personas procedentes del sector salud y otros campos afines, además de representantes de los sectores sociales activos en la vida caribeña.

Esta cooperación de los pueblos del Caribe en el tema de la salud forma parte de la tradición de esfuerzos, declaraciones e iniciativas realizados con anterioridad en este campo. En 1978, los ministros responsables de la salud del Caribe publicaron la Declaración sobre la Salud de la Comunidad Caribeña. En 1986, establecieron la Cooperación Caribeña en Iniciativas de Salud, que representa un marco conjunto para la acción sanitaria, al que dieron forma y dirección adicionales en 1992, cuando aceptaron un conjunto de metas y objetivos en temas prioritarios.

Las acciones del Caribe coinciden con otras de carácter similar que se están realizando a nivel hemisférico y son coherentes con los planes y programas para la ejecución de la Estrategia de Promoción de la Salud definida en las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización Panamericana de la Salud para el período de 1991 a 1994.

Las naciones del Caribe están orgullosas, y con razón, de sus avances en el campo de la salud. Sin embargo, sus gobiernos, conscientes de que los

[1]Elaborada y adoptada por la Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, organizada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y la Cooperación Caribeña en Salud, del 1 al 4 de junio de 1993 en Puerto España, Trinidad y Tabago.

problemas de salud de hoy y de mañana son cada día más complejos y están crecientemente ligados a factores sociales, económicos y del comportamiento, piensan que este es el momento de adoptar un nuevo enfoque. La urgencia de la medida se intensifica no solo por el cambio de los patrones de los problemas de salud de la población, sino también por los efectos desfavorables que los programas de ajuste estructural de sus economías han tenido sobre su bienestar.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es ese enfoque nuevo que, en el contexto caribeño, fortalecerá la capacidad de los individuos y las comunidades para controlar, mejorar y mantener su bienestar físico, mental, social y espiritual.

Se basa no solo en la prevención y control de la enfermedad, sino en la salud y el bienestar, y aboga por el concepto de que la salud de las personas es un recurso positivo para sus vidas.

Exige una colaboración estrecha entre el sector sanitario y otros sectores, puesto que los determinantes del estado de salud son múltiples y diversos.

La promoción de la salud así concebida favorecerá el desarrollo de la creatividad y productividad de los pueblos del Caribe y buscará su satisfacción espiritual en un clima de buenas relaciones interpersonales y paz.

OPORTUNIDADES

El Caribe se halla bien equipado para enfrentar los desafíos que deben producirse tras la aceptación de la promoción de la salud como enfoque idóneo. Las oportunidades para el éxito de la acción proceden de:

- las estructuras e instituciones existentes, nacidas de la rica variedad de experiencias y recursos que han adquirido sus pueblos;
- la singularidad de su cultura, su tolerancia racial y religiosa, su reconocimiento del papel valioso que desempeñan la familia y los amigos;
- la personalidad de su población, conocida por su sentido del humor y por el orgullo que despiertan en ella su música, sus danzas y sus deportes;
- los avances demostrables que sus pueblos han hecho para mejorar muchos aspectos de su salud, y
- sus logros en la excelencia académica.

ESTRATEGIAS

El bienestar de los pueblos del Caribe que la promoción de la salud pretende incrementar dependerá de las acciones realizadas por las personas y las comunidades con objeto de modificar los factores ecológicos y del comportamiento esenciales y proporcionar sistemas eficaces y eficientes de

atención de la salud. Las estrategias que garantizarán la comprensión, planificación y ejecución de la clase de promoción de la salud que se adhiere a los principios de equidad en salud comprenden:

- formulación de normas públicas saludables;
- reorientación de los servicios de salud;
- potenciación de las comunidades para lograr el bienestar;
- creación de ambientes saludables;
- fortalecimiento e incremento de las destrezas personales relacionadas con la salud, y
- construcción de alianzas, con hincapié en los medios de comunicación.

Formulación de normas públicas saludables

Puesto que todas las dimensiones de la actividad del estado influyen en las condiciones de salud de la población, los dirigentes políticos deberán estar muy conscientes de las consecuencias de sus decisiones. Por lo tanto, las consideraciones multisectoriales y multidisciplinarias son esenciales para la formulación de normas públicas saludables.

Estas normas deberán destacar las alianzas entre los distintos programas y promover la salud como aportación estratégica y resultado prioritario del desarrollo. Deberán buscar el consenso entre los actores y sectores esenciales e involucrar en su definición a la población y sus distintas comunidades.

Reorientación de los servicios de salud

La ejecución de las estrategias de promoción de la salud exige nada menos que la orientación del sistema de salud para que responda mejor a las necesidades sanitarias de comunidades e individuos.

Los sistemas sanitarios que abracen la promoción de la salud deberán involucrar a los miembros de la comunidad en su desarrollo y garantizar que las decisiones sobre prestación de servicios tengan su base en verdaderos procesos de participación y consulta nacionales y locales.

La equidad será el cimiento de estos sistemas. La asignación de recursos y el establecimiento de programas son fundamentales para garantizar que la promoción de la salud asuma la posición prioritaria que le corresponde.

Estos sistemas estarán abiertos a la provisión de servicios no tradicionales y a la realización de investigaciones adecuadas en el campo de la salud y aceptarán como líder a cualquiera de los miembros del equipo de salud.

Potenciación de las comunidades para lograr el bienestar

La promoción de la salud deberá construirse a partir de ese aspecto de la cultura caribeña que abarca la acción comunitaria y la tradición de la familia

extendida. Las comunidades recibirán la información y las herramientas necesarias para llevar a cabo las acciones que sean necesarias con el objeto de mejorar su salud y su bienestar.

Los dirigentes políticos, los profesionales de la salud y los medios de comunicación reconocerán la acción y la participación proactivas de la comunidad, al igual que su contribución al establecimiento de las prioridades para la promoción de la salud.

Creación de ambientes saludables

El éxito de la promoción de la salud dependerá en parte del compromiso que adquieran los gobiernos con miras a lograr un ambiente físico, social, económico y político saludable. Todas las actividades de desarrollo deberán tener, como hilo conductor, la necesidad de mantener y mejorar el medio ambiente, puesto que los pueblos del Caribe aspiran a vivir en países y ciudades saludables, a trabajar en lugares saludables y a que sus hijos asistan a escuelas saludables.

A su vez, la promoción de la salud abogará por un compromiso que lleve a lograr estas aspiraciones, a través de la legislación si fuera necesario.

Fortalecimiento de las destrezas personales relacionadas con la salud

El objetivo de la educación para la salud personal consistirá en inculcar la autodisciplina, reconociendo la importancia esencial de la educación precoz de los niños; también se tomará en consideración los valores, creencias y costumbres de la comunidad.

El fortalecimiento de estas destrezas es un proceso continuo que debe ser facilitado en todas las etapas de la vida, y tanto en el hogar como en la escuela, en el trabajo y en el esparcimiento. Estos objetivos no serán impuestos, sino que las personas serán guiadas y apoyadas en la consecución de los mismos.

El fortalecimiento de las destrezas es una responsabilidad que compartirán todas las fuentes de información y todos los medios de educación y comunicación.

Construcción de alianzas, con hincapié en los medios de comunicación

Las naciones y comunidades tienen distintos recursos que se reunirán en un esfuerzo conjunto y compartido con el fin de promover la salud. Se formarán alianzas y se buscará la coordinación de todos los sectores tradicionales y no tradicionales que influyen en la salud.

Los medios de comunicación, en toda su diversidad, deberán participar en esta cooperación; asimismo, deberán aportar su poder e influencia considerables a la formulación de normas y programas que afecten la salud de la población.

Es imprescindible establecer una relación recíproca entre los medios de comunicación y los sectores relacionados con la salud para garantizar el libre flujo de información sobre los temas vitales para la salud en el Caribe.

La efectividad de muchas de estas alianzas dependerá de la atención que se preste a la capacitación de personal de distintos rangos y en diversos campos donde se encuentren los aliados de la promoción de la salud.

EL RETO

En este 20° aniversario de la firma del Tratado de Chaguaramas, es significativo que en el Caribe se esté buscando estudiar las prácticas existentes y establecer normas nuevas a fin de guiar las acciones sobre el campo creciente de la promoción de la salud. Resulta adecuado que los Ministros de Salud adopten esta Carta y, de esta forma, se esfuercen y trabajen en colaboración con todos los sectores sociales pertinentes para llevar a cabo acciones que la transformen en un instrumento vivo que sirva para mantener y mejorar la salud de la Región. ¡Este es el reto!

GLOSARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Don Nutbeam[1]

PRESENTACIÓN

En enero de 1984 la Oficina Regional de la OMS para Europa estableció un nuevo programa de Promoción de la Salud. Desde los comienzos de su proceso de planificación en 1981, la celebración de diversas reuniones han ayudado a aclarar el particular enfoque de este programa. En dichas reuniones participaron un amplio espectro de profesionales de distintas disciplinas y grupos de consumidores.

Inevitablemente, un programa de base tan amplia, inspirado en diferentes disciplinas y en la aportación de una amplia variedad de organismos, personal profesional y no profesional y grupos de consumidores, plantea problemas de comunicación. Por ello, pareció apropiado realizar un primer intento de consolidar el uso corriente de los términos en la forma de un glosario que favorezca la comunicación. Con esta finalidad la Oficina Regional de la OMS para Europa encargó la preparación de este Glosario de Promoción de la Salud a Don Nutbeam, Jefe de Investigación del Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de Gales, Cardiff, Gran Bretaña.

La terminología compilada en este glosario no se presenta como una propuesta definitiva, sino como algo sujeto a ulterior examen y debate con miras a lograr un consenso sobre dicha terminología.

El objeto del glosario es servir de guía a los lectores de los documentos y publicaciones de la OMS relativos a este vasto tema. Se incluyen aquellas definiciones y conceptos utilizados y examinados en estas publicaciones. En el Apéndice I aparece la lista de ellas. Ofrecemos aquí sugerencias de definiciones y comentarios explicativos de aquellos términos no suficientemente aclarados en dichas publicaciones, y para ello nos hemos basado en el estudio de una amplia bibliografía y en consultas con expertos en las distintas áreas.

Las definiciones son limitadas por naturaleza. Con frecuencia son resúmenes de conceptos y actividades complejas y, en consecuencia, se pierden las sutilezas de los objetivos y de los procedimientos. El concepto de promoción de la salud está en fase de desarrollo y no cabe duda de que será objeto de ulteriores mejoras.

El uso y la pertinencia de muchos de los términos definidos en este glosario dependerán de cada situación concreta y se adaptarán a las condiciones sociales, económicas y culturales imperantes. No se trata de

Fuente: *Health Promotion* 1986;1(1):113–127. Traducción realizada con una subvención de OMS/EURO. Se publica con permiso de la Oxford University Press, Oxford, Inglaterra.

[1]Jefe de Investigación, Programa de Promoción de Enfermedades Cardiovasculares, Cardiff, Gales, Gran Bretaña.

ningún modo de una lista exhaustiva, sino que representa un consenso sobre términos básicos. De hecho, muchos de estos se han tomado prestados de las distintas disciplinas en las cuales tiene su origen el concepto de promoción de la salud. Se han incluido, cuando procede, definiciones de uso común.

En la primera parte del glosario se presenta un extenso examen de los conceptos básicos de los que surge la terminología de promoción de la salud. La parte segunda, más amplia, consta de una extensa lista de términos y definiciones expuestos por orden alfabético; se trata de definiciones breves y no se pretende ofrecer interpretaciones más detalladas que pueden encontrarse en otras fuentes bibliográficas. Se ha añadido, cuando procede, una breve nota sobre los diversos usos e interpretaciones de los términos. Cuando no se dispone de una definición adecuada, se facilitan las fuentes primarias de información de dicho concepto. Todos los vocablos en letra negrita tienen su definición en este glosario.

CONCEPTOS BÁSICOS

Salud

La salud ha sido definida por la OMS como un estado de completo **bienestar** físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Sin embargo, como cabía esperar, esta descripción idealista e integradora ha sido considerada a veces como inalcanzable y en gran parte inaplicable para la vida de la mayoría de las personas. En el contexto de la promoción de la salud, se considera a esta no tanto como un estado abstracto, sino sobre todo como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente. Desde esta perspectiva, la salud se considera como un recurso para la vida diaria, pero no como el objeto de la vida; es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas.

Los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda y la alimentación. La mejora de la salud requiere alcanzar un nivel satisfactorio en estos aspectos fundamentales, pero supone también disponer de información y **habilidades personales**; requiere asimismo un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades; se necesitan, finalmente, condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico, social y físico **(el entorno global)**.

Esta inseparable relación entre la persona y su entorno constituyó la base para una concepción socioecológica de la salud, que es a su vez esencial para el concepto de promoción de la salud. Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes. En este contexto destaca asimismo el carácter subjetivo y la relatividad del concepto de salud, así como el hecho de que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciadas por el contexto cultural en que tienen lugar.

Por ello, en la promoción de la salud se subraya también la importancia de la **salud sentida**.

Referencia: 21.
Otra bibliografía: 25.
Inglés: Health.

Promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la

forma de vivir. La promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.

La promoción de la salud, como principio, abarca a toda la población en el contexto de su vida cotidiana; para ello es fundamental que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud. Por esta razón la promoción de la salud implica una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, con vistas a asegurar que el **"entorno global"** promueva la salud.

De forma más concreta, la promoción de la salud constituye una nueva estrategia dentro del campo de la salud y el ámbito social. Esta estrategia se puede considerar, por un lado política, en tanto que está dirigida hacia la elaboración de planes de actuación concretos, y por el otro como un enfoque que promueve la salud y está orientando hacia los **estilos de vida**. Así pues, la promoción de la salud no se ocupa solo de promover el desarrollo de las **habilidades personales** y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar tanto aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables como para modificar aquellos otros factores que impiden ponerlos en práctica. Esta estrategia se ha resumido en la frase "conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir".

La promoción de la salud ha sido sintetizada a través de los siguientes principios generales de actuación: la promoción de la salud implica trabajar *con* la **gente**, no *sobre* ella; empieza y acaba en la **comunidad** local; está encaminada hacia las causas de la salud, tanto a las inmediatas como a las subyacentes; justiprecia tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente; subraya las dimensiones positivas de la salud; y afecta y debería involucrar, por tanto, a todos los sectores de la sociedad y el medio ambiente.

Referencia: 21.
Otra bibliografía: 25, 34, 18, 6, 19.
Inglés.: Health Promotion

Educación para la salud

La educación para la salud es un término que se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. La educación para la salud ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la **prevención de la enfermedad,** como medio susceptible para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud.

Sin embargo, la educación para la salud no se preocupa solo de los individuos concretos y de sus **conductas saludables y de riesgo**. En el ámbito de la promoción de la salud es también necesario poner en práctica diferentes formas de educación para la salud dirigidas hacia los grupos y las organizaciones y hacia comunidades enteras. Estas actividades educativas pueden servir para concienciar sobre las causas económicas y ambientales de la salud y de la enfermedad.

Esta evolución de la educación para la salud significa una superación del papel que tradicionalmente se le ha atribuido, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo de los individuos; y se convierte así en un potente instrumento para el cambio. Para ello es necesario que su contenido incluya informaciones que, por ejemplo, demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigi-

das a lograr cambios ambientales, económicos o sociales que favorezcan la salud.

De este modo, la educación para la salud y la promoción de la salud quedan estrechamente entrelazadas. La promoción de la salud depende, en esencia, de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio. La educación para la salud es una herramienta de vital importancia en este proceso.

Bibliografía principal: 40, 26, 27, 24, 28.
Inglés: Health Education.

Prevención de la enfermedad

El término prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar a las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad.

La prevención de la enfermedad puede incluir también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida. En este caso se hace una distinción entre prevención primaria y prevención secundaria.

La prevención primaria pretende prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria pretende detener o retardar una enfermedad ya existente, mediante la detención precoz y el tratamiento adecuado; o reducir la frecuencia de las recaídas y el establecimiento de condiciones crónicas, por ejemplo mediante medidas de rehabilitación o cirugía reparadora.

Cuando el comportamiento personal está relacionado con la prevención de la enfermedad, la educación para la salud puede ser una estrategia efectiva para modificar dicho comportamiento.

La prevención de la enfermedad es fundamentalmente una actividad del campo médico destinada a los individuos o los grupos de riesgo. Su objetivo es mantener el estado de salud. No conlleva una visión positiva de hacer progresar el estado de salud, sino que lo que pretende es mantener el *status quo*. En cambio, el punto de partida de la promoción de la salud es el conjunto de la población en el ámbito de su vida diaria, y no grupos o individuos determinados. Su meta es potenciar al máximo la salud. En este contexto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones y circunstancias.

Referencia: 6.
Otra bibliografía: 21, 25.
Inglés: Disease prevention.

Atención primaria de salud

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Todos los miembros de la comunidad deberían tener acceso a la atención primaria de salud y todos deberían participar en ella. Además del sector sanitario, deben estar implicados también otros relacionados con la salud.

Una de las actividades que necesariamente debe incluir la atención primaria de salud es la **educación para la salud** de los individuos y del conjunto de la población. Esta educación debe aclarar las dimensiones y la naturaleza de los problemas de salud prevalentes en esa población e indicar los métodos para prevenir y controlar estos problemas. También se consideran actividades esenciales de atención primaria de salud: promover la disponibilidad de suministros suficientes de alimentos y una nutrición apropiada; asegurar un abastecimiento suficiente de agua potable y un saneamiento básico; prestar atención de salud maternoinfantil, incluida la planificación familiar; vacunar contra las principales infecciones y enfermedades y facilitar el tratamiento apropiado para las enfermedades

y los traumatismos comunes, así como suministrar los medicamentos esenciales.

La atención primaria de salud está estrechamente vinculada con la **promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**. El contacto diario del personal de atención primaria con las personas de su comunidad brinda enormes posibilidades de acción para la promoción de la salud, tanto la planificada como la espontánea. El personal de atención primaria, al actuar como defensor y promotor de la salud, está en una situación muy buena para influir en la formulación de políticas sanitarias que afectan a la salud de la comunidad a la que sirven.

Referencia: 1.
Otra bibliografía: 6, 36, 25.
Inglés: Primary health care.

Estilos de vida

El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre **las condiciones de vida**, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

El espectro de pautas de conducta entre las que pueden optar los miembros de una colectividad puede estar limitado o ampliado por factores sociales y ambientales; por este motivo, los estilos de vida se suelen considerar en el contexto de las experiencias individuales y colectivas, así como en relación con las condiciones de vida.

Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para **afrontar** los **problemas** de la vida.

El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, los medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

En el ámbito de la promoción de la salud son de vital importancia tanto la gran influencia de los estilos de vida sobre la salud, como el potencial de cambio de dichos estilos de vida. El modo de vida de una persona puede dar lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud. De la comprensión de la influencia de los estilos de vida en la salud resulta evidente que, si hay que mejorar el estado de salud mediante la modificación de dichos estilos de vida, hay que actuar tanto sobre la persona como sobre los factores del entorno global que influyen en los estilos de vida.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, así como no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como "óptimos" para todo el mundo. La cultura, los ingresos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente del hogar y el trabajo hacen que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados.

Referencia: 10.
Otra bibliografía: 13, 11, 29, 9.
Ingés: Lifestyle.

GLOSARIO

Ambiente laboral

Aquellos factores del ambiente de trabajo fuera del control inmediato del individuo que modelan la **salud** y las **conductas saludables y de riesgo**.

Nota. En la actualidad, los principales focos de atención son factores tales como la seguridad y la exposición a sustancias peligrosas. En el ámbito de la promoción de la salud se podrían incluir

bajo este epígrafe otros elementos más generales como la estabilidad y la satisfacción en el trabajo.

Inglés: Occupational environment.

Apoyo social

Es la asistencia disponible a las personas y los grupos dentro de sus comunidades y que puede servirles de ayuda tanto para desarrollar la capacidad de **afrontar problemas** como de elemento amortiguador de los **sucesos vitales negativos** y otras causas de estrés. El apoyo social incluye el apoyo emocional, el intercambio de información y el suministro de bienes materiales y servicios.

Nota. El acceso al apoyo social no depende solo de la persona y de su deseo de pertenecer a la **red de apoyo social** o el grupo cultural, sino que depende asimismo de las oportunidades ofrecidas. El concepto de **apoyo social** se estudia con frecuencia en el contexto del control o reducción del estrés, donde demuestra ser un importante amortiguador y recurso para **afrontar problemas**.

Bibliografía básica: 25, 39, 34, 9.
Inglés: Social support.

Atención primaria de salud

(Véase Conceptos básicos)

Autoasistencia

Actividades sanitarias organizadas de forma no oficial y la toma de decisiones relacionadas con la salud, que abarcan la automedicación, el autotratamiento y los primeros auxilios en el contexto social normal de la vida cotidiana. Los autocuidados se pueden considerar como un recurso primario de salud del sistema sanitario y se prestan, por lo general, con carácter especial.

Nota. Las actividades de autoasistencia son un medio por el cual las personas asumen una mayor responsabilidad en su propia salud, basada en la comprensión, en su propio lenguaje, de lo que significa la salud, de cómo fomentarla y de qué medidas hay que tomar cuando se pierde.

Parte del proceso de autoasistencia es saber reconocer los propios límites y cuándo es necesario recurrir a los servicios profesionales apropiados. La responsabilidad paralela de **los profesionales de la salud** es proporcionar una serie de servicios con un nivel adecuado que aumente en la población la confianza y la capacidad de prestarse autoasistencia.

Referencia: 6.
Otra bibliografía: 8, 12.
Inglés: Self care.

Autoayuda

Todas aquellas medidas llevadas a cabo por no profesionales para promover, mantener o restaurar el estado de salud de una comunidad determinada.

Nota. Como ejemplos de actividades de autoayuda se podrían citar la construcción de un ambulatorio local o un sistema de eliminación de residuos *por parte de la comunidad que probablemente se beneficiará de dichas mejoras.*

También se considera la autoayuda como "los recuros no profesionales en materia de salud" movilizados concientemente por la comunidad para afrontar los problemas de salud; la autoayuda es sobre todo un recurso más que una actividad.

El concepto de autoayuda es importante en promoción de la salud puesto que puede ser la base de nuevas formas de **afrontar los problemas**, de autodeterminación y humanización en la prestación de los cuidados de salud y el fomento de la misma.

Referencia: la existente de la OMS.
Inglés: Self help.

Autoestima

Grado en que una persona valora la autopercepción de su propia imagen.

Nota. Es un hecho generalmente aceptado que un elevado grado de autoestima favorece un buen estado de salud mental. Además, se sostiene que una elevada autoestima proporciona a la persona un mayor grado de independencia que la capacita a su vez para elegir más libremente y adoptar decisiones libres relacionadas con la salud (por ejemplo, librarse de la presión de los compañeros). Por esta razón, las actividades diseñadas para reforzar la autoestima se pueden considerar como promotoras de salud.

Sin embargo, merece la pena señalar que los factores limitantes del entorno global, tales como las oportunidades de empleo, los ingresos y el alojamiento, afectan seriamente el grado de autoestima. Por ello, para que las medidas encaminadas a incrementar la autoestima en la persona sean efectivas, estas han de centrar su atención tanto en el entorno como en la persona.

Inglés: Self esteem.

Autoempoderamiento

La consecución de la autonomía personal mediante el desarrollo y la utilización de habilidades que favorezcan la salud.

Nota. El autofortalecimiento es un proceso concebido para restaurar la capacidad de tomar decisiones y hacer que la persona tenga confianza en su autonomía, así como para que adquiera las habilidades necesarias que la capaciten para decidir qué medidas tomar respecto a la propia salud, la de su familia y la comunidad.

Un objetivo fundamental de la promoción de la salud es capacitar a la persona para asumir el control y la responsabilidad de su salud como un componente importante de su vida diaria, tanto mediante actividades espontáneas como organizadas en favor de la salud. El autofortalecimiento es un recurso fundamental para ejercer este control, esta responsabilidad y llevar a cabo estas medidas.

Bibliografía básica: 25.
Ingés: Self empowerment.

Bienestar

Valoración subjetiva del estado de salud que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico.

Nota. Al igual que el **concepto positivo de salud**, el bienestar tiene mucho que ver con el desarrollo de potencial humano a nivel físico, psíquico y social. Este término se ha utilizado de forma generalizada en el contexto de la definición de salud de la OMS como estado bastante idealizado de la salud total. En promoción de la salud su uso se podría centrar más en la integración y el apoyo sociales, o incluso en un sentido más amplio de adscripción social, por pertenecer a una comunidad, como el núcleo central de su significado. Esta acepción del término lo coloca en el amplio contexto de un modelo social de salud.

Inglés: Well-being.

Bienestar total

Nuevo concepto de salud relacionado básicamente con la calidad de vida que hace hincapié en las dimensiones de la existencia humana relativas a la experiencia y la conducta.

Nota. Los programas encaminados a la promoción de bienestar total deberían reconocer la naturaleza multidimensional e integradora de la salud, centrando más su actuación en los **estilos de vida** que sobre **las conductas** y los **factores de riesgo.** Los programas encaminados a promover el bienestar total tienden a basarse en gran medida en las estrategias educativas, pero deberían incluir también todo el espectro de estrategias de promoción de la salud necesarias para prestar apoyo económico y ambiental en los estilos de vida que favorezcan el estado de bienestar total.

Referencia: 38.
Inglés: Wellness.

Calidad de vida

Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.

Nota. El término calidad de vida ha llegado a ser de uso común en el mundo desarrollado, que tiene cubiertas holgadamenente las necesidades materiales básicas. Las personas son cada vez más conscientes de la posibilidad de satisfacer las necesidades individuales y sociales, y buscan una calidad de la existencia por encima de la mera supervivencia.

Inglés: Quality of life.

Campaña de masas

Serie de actividades planificadas y estrategias dirigidas a toda la población. Por esta razón, estas campañas se suelen servir en gran parte de los **medios de comunicación social.**

Nota. Las campañas de masas se utilizan con mucha frecuencia en la prevención de enfermedades. En general, las campañas de masas han demostrado únicamente ser eficaces cuando se pretenden conseguir cambios de conducta a muy corto plazo o para una sola vez, por ejemplo la introducción de nuevas vacunas.

Inglés: Mass campaign.

Capacidad para afrontar problemas

Las habilidades físicas y cognitivas y los recursos disponibles utilizados por los individuos para hacer frente a los problemas, el estrés y las tensiones de la vida diaria, o a los **acontecimientos del ciclo vital** que provocan estrés.

Nota. Las personas intentan afrontar sus problemas de tres formas básicas: bien mediante la modificación de su percepción del problema, bien tratando de cambiar la situación que ha creado el problema, o controlando el estrés que este provoca.

Obviamente, en aquellas situaciones que el individuo no controla, la última variante será la más frecuente. Por ello las **conductas de riesgo** (como fumar, consumo excesivo de alcohol, abuso de las drogas) se consideran intentos para hacer frente a los problemas.

En promoción de la salud el objetivo consiste en ofrecer opciones para arrastrar las dificultades, de modo que las conductas de riesgo adquieran mucha menos importancia como mecanismo para hacer frente a los problemas y al estrés. Las estrategias para conseguirlo podrían centrarse sobre todo en cambiar la situación que originó el problema. Esto supondría fortalecer el **apoyo social**, desarrollar recursos y habilidades personales para aumentar la autonomía y disminuir el sentimiento de impotencia, y promover cambios en el entorno relacionados con los recursos materiales disponibles para las personas a la hora de afrontar sus problemas.

Bibliografía básica: 10, 25.
Inglés: Coping.

Comunidad

Grupo específico de personas que suelen vivir en un área geográfica delimitada, comparten una cultura común, están organizadas en torno a una estructura social y muestran una cierta conciencia de su identidad como grupo.

Nota. En las sociedades modernas los individuos rara vez pertenecen a una sola "comunidad" diferenciada, sino que mantienen su pertenencia a una serie de comunidades basadas en variables tales como el lugar de residencia, el trabajo, los contactos sociales y los intereses recreativos.

En promoción de la salud el concepto de comunidad es importante como punto focal para las actuaciones que conciernen a grupos de individuos en el contexto de sus vidas cotidianas.

Inglés: Community.

Concienciación

En promoción de la salud, los procedimientos mediante los cuales se pretende que los individuos o las comunidades tomen conciencia de la existencia de factores de su

entorno global que pueden afectar al estado de salud, o de la importancia relativa para la salud de factores ya conocidos.

Nota. El desarrollo de este concepto guarda una estrecha relación con el Movimiento de Mujeres para la Salud, y de hecho constituyó una parte importante de la estrategia global utilizada por dicho movimiento.

Inglés: Consciousness raising.

Condiciones de vida

Se refieren al nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del **entorno físico** en el cual vive la persona.

Nota. Las diferencias en las condiciones de vida reflejan, por lo general, un amplio margen de desigualdades entre diferentes grupos socioeconómicos dentro de las sociedades. A veces resulta difícil distinguir la influencia combinada de los estilos de vida individuales y las normas sociales y culturales, de las repercusiones globales que las condiciones de vida ejercen sobre la salud.

En promoción de la salud las actividades encaminadas a promover la salud deben centrar su atención tanto en lograr mejoras y cambios de las condiciones de vida como de los factores individuales.

Inglés: Living conditions.

Conducta de riesgo

En prevención de la enfermedad, forma específica de comportamiento de la cual se conoce su relación con una mayor susceptibilidad a enfermedades específicas o a un estado de salud deficiente. En este contexto, el objetivo principal de la prevención de la enfermedad consiste en cambiar las conductas de riesgo. Un método comúnmente utilizado para alcanzar esta meta es la educación para la salud.

Nota. En promoción para la salud se estudian las conductas de riesgo en su más amplio contexto. El sentimiento de impotencia es un factor fundamental en la causalidad de este tipo de conducta. Cualquier decisión sobre cómo reaccionar en una situación social está determinada por el riesgo que se considera aceptable: pero la "aceptabilidad" no siempre está basada en criterios racionales ni la conducta está siempre sujeta al control de la persona.

Con frecuencia, las conductas de riesgo se consideran un mecanismo aceptable para **afrontar los problemas**. Expresiones tales como "necesitas un trago", "fúmate un cigarro" favorecen la aceptabilidad social de determinadas conductas de riesgo. Una vez que estas respuestas dejan de ser reacciones para hacer frente a problemas a corto plazo, y se transforman en pautas de estilos de vida, se convierten en graves problemas de salud.

Por tanto, la estrategia básica para la promoción de la salud consiste en ampliar las posibles alternativas para afrontar los problemas, al facilitar el **autofortalecimiento** y producir al mismo tiempo cambios en el entorno que favorezcan los estilos de vida saludables.

Bibliografía básica: 22, 25, 11, 29.
Inglés: Risk behaviour.

Conducta orientada hacia la salud

Cualquier actividad de una persona, independientemente de su **estado de salud** real o de su propia percepción del mismo, encaminada a fomentar, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.

Nota. Hay que distinguir la conducta saludable de las **conductas relacionadas con la salud**, que no están necesariamente dirigidas de "forma consciente" a mejorar la salud.

Bibliografía básica: 25, 34.
Inglés: Health behaviour (Health directed behaviour).

Conducta relacionada con la salud

Cualquier comportamiento o actividad que forma parte de la vida cotidiana de una persona e influye sobre su estado de salud.

Nota. Prácticamente todos los comportamientos o actividades humanas tienen alguna influencia sobre la salud; y en este contexto, puede ser útil considerar las conductas relacionadas con la salud como parte integral de los **estilos de vida** de una persona o grupo. Estas conductas pueden tener tanto una influencia negativa como positiva sobre el estado de salud de las personas. En el ámbito de la promoción de la salud, habría que fomentar aquellos aspectos de la vida cotidiana que son positivos para la salud y neutralizar o reducir la intensidad de aquellos que son peligrosos.

Referencia: 25.
Inglés: Health related behaviour.

Conocimientos sobre la salud

Información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la **salud**, las **conductas orientadas hacia la salud** y las **conductas de riesgo**.

Nota. Hasta ahora gran parte de la educación para la salud centró su atención en ampliar los conocimientos sobre las conductas saludables y las de riesgo, con la creencia de que esta información provocaría un cambio de actitud y a la larga también cambios en la conducta. Este enfoque basado en los conocimientos, las actitudes y la conducta (C.A.C.) ha fracasado constantemente a la hora de conseguir cambios de conductas deseados, y las diversas mejoras introducidas en este método (tales como el modelo de creencias sanitarias) no han conseguido mejorar su eficacia de forma significativa.

En promoción de la salud la información se centra tanto en las causas socioambientales como en la conducta individual y los estilos de vida, y el objetivo principal es aumentar los conocimientos sobre las diversas opciones disponibles para mejorar el estado de salud y facilitar elecciones genuinas y razonadas.

Inglés: Health knowledge.

Cuidados no profesionales

Todas las medidas realizadas por no profesionales para fomentar, mantener, mejorar o restaurar la salud de la población.

Nota. De acuerdo con esta definición, la diferencia entre **autoayuda** y cuidados no profesionales radica en que la primera se refiere a medidas dirigidas o disponibles a la comunidad, y los cuidados no profesionales hacen referencia a las medidas dirigidas o asequibles al individuo.

Referencia: la existente de la OMS.
Otra bibliografía: 12.
Inglés: Lay care.

Culpabilización de la víctima

Aquellas actividades en el campo de la salud basadas en la creencia de que la responsabilidad de la salud y los problemas de salud recaen principalmente, si no exclusivamente, sobre el individuo, menospreciando la influencia de los **entornos físico, social y económico**, y las limitaciones que estos factores imponen sobre **estilos saludables de vida.**

Nota. A veces, los programas de **prevención de la enfermedad** que centran su atención en las **conductas de riesgo** individuales, pueden inconscientemente "culpar a la víctima" por su conducta. Esta experiencia pone de relieve la necesidad de tener en cuenta la base social, económica y cultural de tales conductas, para poder lograr un cambio efectivo.

Bibliografía básica: 34.
Inglés: Victim blaming.

Defensa activa o abogacía de la salud

Comprende las actuaciones de los **profesionales de la salud** y otros con autoridad reconocida en materia de salud para influir en las decisiones y actos de las comunidades y los gobiernos que ejercen algún tipo de control sobre los recursos que inciden en la salud.

Nota. Existe una serie de mecanismos de actuación, que van desde facilitar información en materia de salud a los responsables de la toma de decisiones y promover la participación pública en decisiones de asuntos relacionados con la salud, hasta intentos directos encaminados a influir en los niveles apropiados del gobierno para que adopte decisiones que mejoren el estado de salud de la comunidad.

En promoción de la salud, el abogar por la salud se puede considerar como una tarea importante de los profesionales de la salud, en particular del personal de atención primaria.

Inglés: Health advocacy.

Desarrollo comunitario

En promoción de la salud, el proceso por el cual se hace participar a una comunidad en la identificación y el refuerzo de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política que promueve la salud. Puede incluir apoyo a medidas políticas con objeto de modificar el **entorno global** y potenciar los recursos para instaurar la **red social de sostén** y el **apoyo social** dentro de una comunidad y aprovechar los recursos materiales de que esta dispone.

Inglés: Community development.

Desigualdad social

La existencia de oportunidades y recompensas desiguales para los diferentes puestos o estratos sociales dentro de un grupo o sociedad. La desigualdad social en el campo de la salud se suele referir a la influencia desigual que ejercen sobre el estado de salud las diferentes recompensas materiales o bienes disponibles a las personas de diferente situación social.

Nota. El objetivo fundamental de Salud para Todos en el año 2000 es reducir las desigualdades en materia de salud tanto entre los países como dentro de los países.

Inglés: Social inequality.

Ecología de la salud (Planteamiento ecológico de la salud)

En promoción de la salud, planteamiento que presupone la responsabilidad personal y social en materia de salud y una concepción positiva de la misma.

Nota. Según este planteamiento, la población se responsabiliza personalmente de su propia salud con ánimo de **autoayuda** o ayuda mutua, y hace hincapié de forma activa en que la sociedad proporcione un entorno que promueva la salud.

La eficacia de este planteamiento depende en gran medida del éxito de la promoción de la salud en conseguir que los individuos adopten estilos de vida saludables, y crear un entorno de apoyo de la salud.

Referencia: 25.

Inglés: Ecology of health (The ecological scenario for health).

Educación para la salud

(Véase Conceptos básicos)

Elección saludable

Es la elección que realizan los individuos o las comunidades entre las alternativas a su alcance con miras a fomentar la salud. Estas opciones se ven limitadas inevitablemente por el entorno global.

Nota. En promoción de la salud el objetivo central no se limita únicamente a proporcionar a los individuos los **conocimientos de salud** y las **técnicas de toma de decisiones** necesarios, sino que supone también ofrecer a los individuos o comunidades una amplia gama de posibilidades entre las cuales poder elegir. Esta acción iría dirigida tanto hacia el entorno global como hacia el entorno del individuo. En este sentido el objetivo es conseguir que las opciones más saludables sean también las más fáciles de elegir.

Inglés: Health choice.

Entorno económico

En promoción de la salud se refiere a aquellos factores económicos que no están bajo el control inmediato de la persona y afectan a la salud y los estilos de vida saludables.

Nota. En este epígrafe se pueden incluir factores tales como el empleo, el desempleo y los ingresos, así como las políticas de precios de los productos y los servicios relacionados con la salud.

En el ámbito de la promoción de la salud, las estrategias relacionadas con el entorno económico pueden incluir esfuerzos encaminados a esclarecer las políticas económicas, señalar las insuficiencias de muchos indicadores económicos (por ejemplo, la inclusión del precio de los cigarrillos en el índice del "costo de la vida") y sugerir políticas económicas alternativas.

Bibliografía básica: 25.
Inglés: Economic environment.

Entorno físico

Se refiere a aquellos factores físicos, químicos y biológicos en el hogar, el barrio, o el lugar de trabajo fuera del control inmediato del individuo que afectan a la salud.

Nota. En este epígrafe se podrían incluir factores tales como las **condiciones de vida** y la disponibilidad de medios y servicios y la posibilidad de acceder a ellos.

Inglés: Physical environment.

Entorno global

En promoción de la salud, todos aquellos aspectos identificables del **entorno físico, social y económico** que pueden influenciar el estado de salud de la persona o los grupos.

Nota. La promoción de la salud está orientada a intervenir sobre los factores determinantes o las causas de la salud. Por lo tanto es necesario establecer una estrecha colaboración entre sectores diferentes de los **servicios de salud**. En este contexto, el gobierno tanto a nivel local como nacional, tiene la singular responsabilidad de actuar de forma apropiada y oportuna para asegurar que el medio ambiente en su conjunto promueva la salud.

Inglés: Total environment.

Epidemiología

El estudio de la distribución de las enfermedades, de la conducta u otros indicadores de salud en las poblaciones humanas; se ocupa asimismo de los factores que la provocan o están asociados con su distribución, y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

Nota. La información epidemiológica, especialmente aquella que define los grupos de riesgo y las conductas de riesgo, ha sido la base para la prevención de enfermedades. Sin embargo, el hecho de que tradicionalmente la epidemiología se haya centrado en la enfermedad y sus factores determinantes ha supuesto que su empleo haya sido de menor utilidad en el campo de la promoción de la salud. En este ámbito resulta más adecuada la utilización del concepto de epidemiología social.

Bibliografía básica: la existente de la OMS.
Inglés: Epidemiology.

Epidemiología social

La epidemiología que es sensible a los fenómenos sociales y se basa en la información que proporciona la comprensión de la realidad sociológica.

Nota. Aunque la **epidemiología** normalmente reconoce y utiliza algunos factores y clasificaciones sociales, tales como clase social, la epidemiología social elabora y concede más importancia a los componentes sociales y critica, desde una perspectiva sociológica, algunos términos médicos, por ejemplo el de depresión, que con frecuencia tienen más base cultural e institucional de lo que comúnmente se les atribuye.

Bibliografía básica: 9, 32.
Inglés: Social epidemiology.

Estado de salud

Modo de describir o medir el estado de salud de un individuo, grupo o población respecto a normas establecidas, con frecuencia mediante indicadores del **estado de salud**.

Nota. Frecuentemente el concepto de estado de salud se emplea como término descriptivo relacionado con el estado de salud físico o biológico de un individuo o población. En promoción de la salud este término debería ampliarse para incluir los aspectos sociales y emocionales y el **estado de salud sentida.**

Referencia: 6.
Inglés: Health status.

Estado positivo de salud

Estado de **salud** que va más allá de un estado asintomático. El concepto del estado positivo de salud se refiere por lo general a la **calidad de vida** y al potencial de la condición humana.

Nota. Los conceptos generales del estado positivo de salud suelen incluir la energía para vivir, la autorrealización y la creatividad. Un estado positivo de salud está más relacionado con el progreso personal que con la simple resolución de problemas.

El estudio del estado positivo de salud trasciende claramente la preocupación tradicional de la medicina por preservar y restaurar la salud. Pocos **profesionales de la salud** han investigado sobre este tema. Aunque el concepto del estado positivo de salud sea fundamental para la filosofía de la promoción de la salud, conviene utilizar el término con cierta cautela.

Referencia: 34.
Otra bibliografía: 19.
Inglés: Positive health.

Estilos de vida

(Véase también Conceptos básicos)

El proceso por el cual los individuos identifican, manifiestan sus problemas, reaccionan frente a ellos e intentan resolverlos. Es un concepto específico de cada situación que se configura en base a las exigencias que se le plantean a una persona, el apoyo y los recursos disponibles para **afrontar los problemas** y las limitaciones impuestas para hacerles frente.

Nota. El estrés se puede definir también (desde el punto de vista de los cambios fisiológicos) como una respuesta a ciertos acontecimientos de la vida diaria.

Con frecuencia el estrés suele estar asociado con los principales **sucesos del ciclo vital,** tales como el matrimonio, el divorcio y la aflicción por la muerte de un familiar. Los cambios de la función social desempeñada y los períodos de transición entre las distintas funciones sociales se consideran también causas importantes de estrés.

El estrés se puede considerar también como una respuesta positiva motivada por una determinada situación.

En promoción de la salud el objetivo es ofrecer a la persona alternativas para **afrontar los problemas,** por ejemplo facilitando el acceso al **apoyo social** para que de esta forma se esté en mejores condiciones tanto para hacer frente a las dificultades como para responder positivamente a los acontecimientos que originan estrés.

Bibliografía básica: 39, 22.
Inglés: Stress.

Factor de riesgo

En prevención de la enfermedad, este término incluye el nivel económico, social o biológico, la conducta y otros estados conocidos por estar asociados o ser causa del aumento de la susceptibilidad a una enfermedad específica, a un estado de salud precario o a un accidente.

Nota. Una vez identificado un factor de riesgo, este se puede modificar mediante el curso de una acción del tipo de un **programa de intervención** basado en la educación para la salud. La metodología de dicha acción se planifica con frecuencia con la idea de abordar un solo factor de riesgo.

Este enfoque ha sido objeto de críticas porque frecuentemente da lugar al aislamiento de las conductas individuales de su contexto social y cultural y no tiene en cuenta la evaluación del riesgo (percepción del riesgo) por parte de la población estudiada.

Inglés: Risk factor.

Grupo de ayuda mutua o autoayuda

Estructuras voluntarias de pequeños grupos cuya finalidad consiste en fomentar la ayuda mutua para una meta común.

Nota. Cuando los promotores y los miembros de dichos grupos perciben que sus necesidades no son ni pueden ser cubiertas por los servicios sociales y sanitarios existentes, intentan establecer mecanismos para satisfacer sus necesidades.

Referencia: 12.
Inglés: Self help group.

Grupos de consumidores

Grupo de individuos que comparten objetivos comunes para influir en la producción, la distribución o la venta de bienes de consumo y servicios, sobre todo mediante elecciones sopesadas.

Nota. Hay pruebas de una mayor participación del consumidor en la prestación de los servicios de salud a través de los grupos de consumidores.

Inglés: Consumer group.

Grupo de presión

Grupo voluntario de personas unidas por actitudes y metas compartidas que lucha para que se adopten decisiones e iniciativas favorables a sus objetivos a través de diversos medios, pero sobre todo intentando ejercer influencia sobre la política de los gobiernos.

En promoción de la salud el concepto de grupo de presión representa una fuerza importante para introducir cambios en las comunidades o en la sociedad. Con frecuencia los grupos de presión se establecen o se mantienen como parte de un programa de **desarrollo comunitario**.

Inglés: Pressure group.

Grupo de riesgo

En el ámbito de la prevención de la enfermedad, grupo de personas que en virtud de su condición biológica, social o económica, de su conducta o ambiente, son más susceptibles a determinadas enfermedades o al desarrollo de un estado de salud deficiente con respecto al resto de la población.

Inglés: At risk group.

Habilidades personales

Habilidades personales, sociales, cognitivas y materiales que permiten a la persona controlar y dirigir su vida, y desarrollar la capacidad de convivir con su entorno y de modificarlo.

Nota. Como ejemplos de habilidades vitales se pueden incluir la identificación y la solución de problemas, la **toma de decisiones** y la resolución de conflictos. El desarrollo de las habilidades personales se convierte por sí mismo en una meta importante para la promoción de la salud.

Referencia: 34.
Inglés: Lifeskills.

Indicadores de salud

Son variables susceptibles de medición directa, que evalúan uno o más espectros del nivel de salud de una comunidad o población determinada.

Nota. Los indicadores del estado de salud se pueden utilizar para evaluar las variaciones en el nivel de salud de una población y, directa o indirectamente, se emplean también para evaluar en qué medida se están alcanzando los objetivos y las metas establecidas en un programa.

Por ejemplo, si el objetivo general de un programa es mejorar la salud infantil, se podrían utilizar varios indicadores, tales como el estado nutricional, el desarrollo psicosocial, la tasa de vacunaciones y tasas de morbilidad y mortalidad.

En el ámbito de la promoción de la salud se ha sugerido que se debería centrar la atención en "indicadores positivos de salud", cuantificables, que midan las **conductas saludables** y las condiciones del **entorno global** que promueven la salud. Por el contrario, los "indicadores negativos de salud" son los que se ocupan de la mortalidad, la enfermedad y la carencia de salud.

Sin embargo, aunque en la práctica se suelen realizar esfuerzos para cuantificar los indicadores, esto no es siempre posible. Por tanto, con frecuencia se necesitan indicadores cualitativos con vistas a evaluar, por ejemplo, el nivel de participación de la población y la propia percepción de su estado de salud.

Referencia: 6.
Inglés: Health indicator.

Investigación sobre evaluación de actividades

Describe una amplia gama de actividades de evaluación que se utilizan para perfilar, dirigir y modificar programas establecidos (por ejemplo **programas de intervención**) durante su ejecución o evolución.

Nota. Este enfoque hacia la investigación pone de relieve la calidad y la pertinencia de los diversos componentes de un programa, dado que se refiere a la población beneficiaria de dicho programa en el contexto de su vida diaria. Los métodos de investigación interactivos, tales como la observación participante, se podrían incluir en este enfoque en cuanto que hacen posible que la población participe más directamente en la definición y la solución de los problemas desde su propio punto de vista.

Inglés: Action research.

Legislación (pertinente a la salud)

En promoción de la salud, la elaboración de leyes por parte del gobierno (y las leyes resultantes) cuya finalidad explícita es promover o proteger la salud.

Nota. También se pueden incluir bajo este amplio epígrafe aquellas leyes que, aunque no están explícitamente relacionadas con la promoción o la protección de la salud, afectan de forma significativa a la salud (como por ejemplo las leyes de tráfico).

Inglés: Legislation (health-relevant).

Medicalización

El proceso que trata las funciones corporales normales o las cuestiones sociales como problemas que requieren una solución médica.

Nota. Esta forma de proceder ha hecho que con frecuencia amplios aspectos de la vida personal y social se conviertan en sujeto de la intervención y la pericia médica, por ejemplo las relaciones familiares, los nacimientos y el desarrollo infantil, y el comportamiento sexual.

La medicalización de la vida diaria se contrapone a los principios de la promoción de la salud, ya que distorsiona la comprensión del individuo acerca de las causas más generales de la salud y minimiza la confianza en sí mismo y el **autoempoderamiento**.

Bibliografía básica: 33, 9.
Inglés: Medicalization.

Medios de comunicación social

Todas las formas impersonales de comunicación mediante las cuales se difunden a los individuos o grupos mensajes visuales u orales. Como ejemplo de medios de comunicación social se pueden citar la televisión, la radio y los periódicos.

Nota. La consecuencia de un nivel de **participación comunitaria** e individual efectivo y bien informado en el campo de la salud depende en gran parte de que la información sea continua, accesible, creíble y atractiva. En este cometido los medios de comunicación social desempeñan un papel fundamental. Esta función puede llegar a ser aún más crucial con el desarrollo de la tecnología de la información y con la mayor accesibilidad de los nuevos métodos de comunicación social.

Inglés: Mass media.

Modificación de la conducta

Proceso mediante el cual la conducta o las respuestas del individuo se acomodan a un resultado predeterminado mediante esfuerzos positivos o negativos de la conducta o por medio de premios o castigos a través de la manipulación del entorno.

Nota. En educación para la salud se ha ampliado la aplicación original de este término por parte de los psicólogos conductistas, con miras a incluir un amplio espectro de estrategias educativas cuyo objetivo principal es la modificación de la conducta. Esta modificación de la conducta es el punto final de la cadena formada por los conocimientos, las actitudes y la conducta (C.A.C.) que constituyeron la base de muchas de las primeras estrategias de educación para la salud.

Inglés: Behaviour modification

Movimiento de los consumidores

Movimiento social que tiene por objeto aumentar la influencia de los individuos o grupos, incluidos los grupos de consumidores, en la producción, la distribución y la venta de bienes y servicios.

Nota. En promoción de la salud, el movimiento de los consumidores constituye un poderoso aliado que pretende principalmente aumentar el control de las personas sobre sus propias vidas y opciones. En el contexto de la promoción de la salud esto significa que el público debería exigir y recibir la información necesaria para desarrollar una conciencia más crítica de las repercusiones de los distintos productos, servicios, actividades personales y condiciones ambientales sobre el estado de salud. Consecuentemente, para que el consumidor pueda elegir y actuar eficazmente es necesario que sepa utilizar la información y disponga de servicios especializados o de otro tipo.

Bibliografía básica: 34.
Inglés: Consumerism (Consumer movement).

Movimiento social

Diversas formas de acción colectiva por parte de un grupo de personas con miras a conseguir una reorganización social. Por lo general, los movimientos sociales no están institucionalizados, sino que surgen de una acción social espontánea dirigida a corregir injusticias específicas o extendidas.

Nota. Un ejemplo de movimiento social para la salud sería el movimiento de las Mujeres para la Salud en Europa. Partiendo de una amplia base de grupos menores con intereses específicos, el movimiento ha tenido un poderoso efecto para producir cambios en la manera de tratar y concebir los problemas de salud de la mujer.

En el ámbito de la promoción de la salud, una estrategia práctica importante sería identificar tendencias o movimientos sociales de carácter general orientados al cambio para intentar apoyarlos si son adecuados. En general, es mejor aprovechar la corriente que luchar en contra de esta.

Inglés: Social movement.

Nueva salud pública

Hace referencia a una preocupación pública y profesional por las percusiones del **entorno global** sobre la salud.

Nota. El término se basa en el antiguo concepto de salud pública (sobre todo del siglo XIX) que

luchó para hacer frente a los riesgos para la salud en el entorno físico (por ejemplo, construyendo alcantarillas). Ahora incluye el entorno socioeconómico (por ejemplo, la elevada tasa de cesantía).

A veces se ha utilizado el término "salud-pública" para incluir la prestación de servicios de salud públicos de carácter individual, tales como los cuidados maternoinfantiles. La expresión "nueva salud pública" tiende a restringirse al interés por los temas ambientales y a excluir los servicios de salud personales, incluso los preventivos tales como la inmunización y el control de la natalidad.

Inglés: New public health.

Participación de la comunidad

La participación activa de las personas que viven juntas en algún tipo de comunidad en el proceso de definición de los problemas, la toma de decisiones y las actividades encaminadas a promover la salud.

Nota. En el contexto de la promoción de la salud, la participación comunitaria se considera fundamental para los procesos de **desarrollo comunitario.**

En el ámbito de la atención primaria de salud se reconoce la participación comunitaria (mediante la participación en la planificación, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud) como un requisito previo esencial para que los individuos y las familias asuman la responsabilidad del bienestar y la salud propios de la comunidad.

Referencia: 6.
Otra bibliografía: 37, 34.
Inglés: Community involvement.

Planificación social

Planificación gubernamental en el sector social, que suele incluir, por ejemplo, los servicios sociales y de salud, la seguridad social, el sector de la vivienda y la educación.

Nota. La planificación social puede incluir la planificación urbana y rural y normalmente excluye la planificación económica y la relacionada con sectores tales como la agricultura, la industria, el comercio y los impuestos.

Inglés: Social planning.

Política fiscal (en relación con la salud)

En promoción de la salud, aquellas decisiones o medidas adoptadas por los gobiernos para modificar el gravamen impositivo sobre los bienes de consumo, los productos o los servicios que pueden afectar a la salud o a los estilos de vida saludables.

Nota. Las oportunidades y los incentivos para seleccionar estilos de vida saludables dependen en gran parte de los programas públicos que configuran las condiciones económicas y sociales bajo las cuales vive la persona. Por lo tanto, los programas de promoción de la salud para ser efectivos han de ocuparse de estas influencias estructurales que actúan sobre la conducta mediante la creación de un **entorno económico** que promueva la salud.

Bibliografía básica: 13.
Inglés: Fiscal policy (health).

Política intersectorial

Política orientada a la salud que afecta a sectores diferentes de los **servicios de salud**, pero que por lo general evolucionó en colaboración con el sector de la salud.

Nota: La política intersectorial puede afectar por ejemplo, a determinados sectores de una sociedad o comunidad tales como el empleo, el alojamiento, la producción de alimentos y la asistencia social, o puede afectar a varios sectores. Su influjo puede ser también global.

Inglés: Inter-sectoral policy.

Política de salud

Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (incluido el gobierno) que concede prioridad a la salud o que reconoce la importancia de los objetivos de salud. Comprende los **servicios de salud** y los sectores fuera del ámbito sanitario que afectan a la salud.

Nota. Las políticas de salud normalmente comprenden una red de decisiones y medidas como respuesta a las necesidades y demandas en materia de salud, a los recursos disponibles y otras presiones no relacionadas con la salud. La carencia de decisiones se debe considerar también como un componente de las políticas de salud que puede influir en el estado de salud de los individuos o las comunidades.

Inglés: Health policy.

Prevención de la enfermedad

(Véase Conceptos básicos)

Profesional de la salud

Se refiere al personal empleado en servicios organizados de cuidados sanitarios y al que se le exigen conocimientos especializados y técnicas adquiridas al menos en parte mediante el aprendizaje y la formación de carácter teórico.

Por lo general, estos profesionales se rigen por un código de conducta y una asociación profesional con acceso restringido.

Nota. En el ámbito de la promoción de la salud hay que tener en cuenta que la procedencia del personal de este sector puede comprender un espectro mucho más amplio de profesionales y grupos no profesionales que los profesionales de la salud. No obstante, los profesionales de la salud desempeñan un papel especial en la promoción de la salud mediante actividades en defensa de la salud.

Inglés: Health professional.

Programa de intervención

En prevención de la enfermedad, se refiere a la actuación planificada dirigida por lo general a un grupo específico o población determinados en situación de riesgo debido a un desorden o enfermedad identificables, con miras a reducir el nivel de riesgo existente.

Nota. Por lo general, los programas de intervenciones tratan de modificar los factores de riesgo o las **conductas de riesgo** del grupo o población elegidos, con frecuencia mediante la educación para la salud.

Inglés: Intervention programme

Promoción de la salud

(Véase Conceptos básicos)

Redes de apoyo social

El número y tipo de relaciones y vínculos sociales existentes entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del **apoyo social** a favor de la salud.

Nota. Las redes de apoyo social pueden ser un recurso importante para desarrollar la **capacidad de afrontar los problemas**. Por otra parte, pueden reforzar las conductas saludables e influir en las tasas de recuperación de estados precarios de salud.

El establecimiento de **redes de apoyo social** para tener acceso al **apoyo social** es mucho más probable que exista en una sociedad estable. Influencias estabilizadoras tales como una alta tasa de desempleo, la modernización rápida y los proyectos de reubicación de viviendas a gran escala, pueden dar lugar a una desorganización social grave. En estas condiciones es esencial apoyar el establecimiento o el restablecimiento de redes de apoyo social formales o informales para proporcionar una verdadera asistencia a la población en su búsqueda de la salud.

Bibliografía básica: 39, 35, 9.
Inglés: Social network.

Riesgo

En epidemiología "el riesgo" describe la susceptibilidad de un individuo o grupo de personas a la presentación de algún episodio o dolencia previsibles que pueden dar lugar a una pérdida, una limitación o un precario estado de salud. En este caso la predicción se basa en la probabilidad matemática.

Bibliografía básica: 22.
Inglés: At risk.

Salud

(Véase Conceptos básicos)

Salud ocupacional

Se interesa en la salud de los individuos o los grupos en relación con su trabajo y su **ambiente laboral**. Inluye la capacidad de los individuos para adaptarse a su actividad laboral y, a su vez, la adaptación del ambiente laboral a los individuos que en él trabajan.

Inglés: Occupational health.

Salud sentida

La interpretación que la persona hace de sus experiencias de salud y de sus estados precarios de salud en el contexto de la vida diaria. Este juicio se basa por lo general en la información y los conocimientos disponibles, modificados por la experiencia previa y las normas sociales y culturales.

Bibliografía básica: 25.
Inglés: Perceived health.

Salutismo

Término que se utiliza para describir la creencia o el valor cultural de que la salud es más importante que todas las demás recompensas o satisfacciones, es decir, que disfrutar de la salud es el principal objetivo de la vida.

Nota. Esta ideología puede conducir a otras que dictaminen lo que los individuos han de hacer por sí mismos y cómo deben comportarse, lo cual es contrario a los principios de la promoción de la salud. Este enfoque en materia de salud, que se centra en el individuo y en la prescripción de su forma de vivir, ensombrece y resta valor también a la relación entre las condiciones sociales y ambientales de salud.

En el ámbito de la promoción de la salud se podría aceptar una cierta permisividad frente a algunos problemas de salud a fin de que el individuo o los grupos puedan respaldar valores que consi-deren más importantes que la salud.

Bibliografía básica: 34.
Inglés: Healthism.

Servicios de salud

Sistema organizado formalmente y compuesto por instituciones y organismos establecidos cuyo objetivo múltiple es hacer frente a las diversas necesidades y demandas sanitarias de la población.

Nota. Normalmente estos servicios prestan cuidados de salud al individuo y la comunidad y suelen incluir un amplio espectro de actividades curativas, preventivas y de educación para la salud.

La atención primaria de salud es considerada la función central y el punto focal de los servicios de salud, y el vehículo principal para proporcionar cuidados de salud.

Inglés: Health services.

Sucesos vitales

Aquellos cambios sociales significativos que pueden experimentar los individuos en su vida diaria.

Nota. Los acontecimientos vitales con frecuencia causan estrés, pero pueden tener también re-

sultados positivos en términos de promoción o protección de la salud.

Bibliografía básica: 40, 25.
Inglés: Life events.

Técnicas de toma de decisiones

Capacidades de los individuos o las comunidades para definir y discriminar, mediante las cuales pueden elegir entre una serie de opciones disponibles.

Nota. En promoción de la salud, las técnicas de toma de decisiones constituyen un elemento esencial para los procesos de **desarrollo comunitario** y la participación de la comunidad en estrategias dirigidas a mejorar la salud. Sin embargo, hay que destacar que estas habilidades solo son útiles si la persona tiene en su entorno varias alternativas posibles para escoger, y dispone de suficiente información acerca de ellas y de sus consecuencias.

Inglés: Decision making skills.

NOTA DE AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer la colaboración de todas aquellas personas que amablemente me han facilitado información, y han revisado el texto y formulado sugerencias sobre los primeros borradores del glosario. Asimismo, quiero expresar mi agradecimiento a los autores de los diferentes trabajos citados en las referencias, y a los miembros de las diversas comisiones y grupos de trabajo responsables de los documentos de la OMS utilizados en la compilación de este glosario.

APÉNDICE 1
PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN

Lista 1. Publicaciones de la OMS (Ginebra)

1. 1978; Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6–13 de septiembre de 1978; OMS, Ginebra.
2. 1979; Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000: Principios básicos y cuestiones esenciales; OMS, Ginebra.
3. 1981; Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000; OMS, Ginebra.
4. 1981; Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000, OMS, Ginebra.
5. 1981; Evaluación de los programas de salud: Normas fundamentales; OMS, Ginebra.
6. 1984; Glosario de términos empleados en la serie "Salud para Todos"; OMS, Ginebra.
7. 1983; Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de salud: Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 690; OMS, Ginebra.
8. 1984; Health Education in Self Care: Possibilities and Limitations; HED/84.1; WHO, Geneva.

Lista 2. Publicaciones de la Oficina Regional de la OMS para Europa

9. May 1982; Lifestyles and their Impact on Health. Technical Discussions; EUR/RC33/Tech.Dis./1,1460F.
10. September 1982; Regional Strategy for Attaining Health for All by the year 2000; EUR/RC30/8,0425D.
11. March 1983; Intervention Studies related to Lifestyles. Conclusive to Health; Report on a WHO meeting: ICP/HED 019 (3),2096 F.
12. 1983; Self Help and Health in Europe; Stephen Hatch and Ilona Kickbusch, WHO.
13. December 1984; Regional Targets in Support of Regional Strategy for Health for All; EURC34/7,6388D/6389D.

Lista 3. Otros estudios, documentos de trabajo e informes técnicos encargados por la Oficina Regional de la OMS para Europa

14. 1983; Health Promotion and Lifestyle Change in the Workplace; Malcolm Weinsten, Technical Paper.
15. April 1983; Health Education: Developments and Perspectives in Europe; Rosemary Erben.
16. June 1984; Health for All by the Year 2000: The Role of Health Education, Janine Morgall, 3184F.
17. November 1984; Health Promotion: Concepts and Principles: A Selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles, Copenhagen 9–13 July 1984. ICP/HSP 602 M01.4005F.

Este documento incluye los siguientes artículos:

18. Health Promotion: A typology, Ilona Kickbusch.
19. Health Promotion: State of the Art. Robert Anderson.
20. Health—The Ultimate Disease, Lowell Levin.
21. Health Promotion: A discussion document on the Concepts and Principles.
22. October 1984; Risk Behaviour and Perceived Risk; Harri Vertio.
23. 1984; The Role of Health Promotion in Primary Care, Nigel Stott.
24. 1985; Inter-sectoral policy and joint planning for Health Promotion, Joan Artells-Herrero.

Lista 4. Otros libros y artículos

25. 1985; Health Promotion: Background Paper for the Study Group on Health Promotion, Copenhagen, 28–31st May, Ilona Kickbusch.
26. 1980; The Self Help Çomponent of Primary Health Care: David Robinson; Social Science and Medicine, Vol. 14.412–21.
27. 1980; Health Education Planning: Key Terms; from Health Education Planning: A Diagnostic Approach; Lawrence Green; Mayfield.
28. 1981; Involvement in Health: A Social Concept of Health Education. Ilona Kickbusch; *International Journal of Health Education;* Vol. 24, N.°4.
29. 1983; Health Promotion and Lifestyles; *Eberhardwenzel Hygie,* Vol.1. N.°1.
30. 1983; Lifestyle and Living Conditions and their Impact on Health; Eberhardwenzel; European Monographs in Health Education Research N.°5.
31. 1983; Lifestyle Research and Health Promotion Policy with special Reference to Mediating Structures; Lowell Levin; European Monographs in Health Education Research N.°5.
33. April 1984; Las mujeres y la salud en Europa Janine Morgall, *Salud Mundial.*
34. 1984; Health Promotion: An Overview; Robert Anderson; European Monographs in Health Education Research N.°6.
35. 1984; Influence of Health Beliefs on Lifestyles: What do we know? K. Dean; European Monographs in Health Education Research N.°6.
36. 1984; Scenarios for Lifestyles and Health; J. Robertson; European Monographs in Health Education Research N.°6.
37. 1984; Primary Health Care in Europe: Problems and Solutions; Hannu Vuori; *Community Medicine;* 6, 221–231.
38. 1984; Wellness: An Emerging Opportunity for Health Education; Richard Petosa; Health Education, Oct/Nov.
39. 1984; Life Events, Social Network, Life-Style and Health; Neil Gottlieb and Lawrence Green; *Health Education Quarterly;* Vol. II (1). 91–105.
40. 1984; Towards a Definition of Health Education and Health Promotion; John Catford, Don Nutbeam; *Health Education Journal,* Vol. 43, 2&3.
41. 1984; Health Promotion: A Practitioners View; Howard Sevmour; *Health Education Journal,* Vol. 43, 2&3.

La esencia de la promoción de la salud es lograr que los individuos y las comunidades mejoren y mantengan su bienestar físico, mental y espiritual. La Organización Panamericana de la Salud, en su esfuerzo por promover este dinámico enfoque, ha recopilado una selección inspirada en los trabajos más significativos sobre el tema. Esos innovadores estudios han afectado en forma drástica y perdurable el enfoque tradicional de las enfermedades, y han servido además como testimonio a la opinión de que la salud pública debe verse desde el punto de vista global y no limitarse solamente a la prevención y el control de la enfermedad.

Los trabajos aquí presentados se seleccionaron con dos objetivos: diseminar la amplia gama de información existente, y mostrar la evolución de la promoción de la salud como estrategia mundial. Más de 50 expertos en el campo de la salud pública provenientes de cuatro continentes han contribuido a esta antología. La obra se presenta en cinco partes que ponen de manifiesto la diversidad del tema, y se divide de la forma siguiente:

- *Desarrollo de la estructura* señala la evolución de las ideas originadas en los años 1820, que culminaron en la preparación de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986.
- *Construcción de una política de salud pública* muestra cómo la promoción de la salud influye mayormente en el campo de la política pública, en el ámbito colectivo más que en el individual.
- *Fortalecimiento de la acción comunitaria* se centra en el desafío que presenta la transformación de las políticas escritas en programas exitosos y en los métodos evaluativos de las acciones comunitarias.
- *Desarrollo de habilidades en relación con la salud personal* examina las estrategias que ayudan a los individuos a adquirir hábitos saludables y a evaluar el papel de los medios de comunicación en la divulgación de las iniciativas sobre salud pública.
- *Promoción de la salud para grupos específicos* proporciona ejemplos de tres programas de investigación encaminados a objetivos bien definidos: prevenir el sida entre el público general, desarrollar actitudes saludables entre los jóvenes y promover el ejercicio.

Documentos clave dentro del movimiento de promoción de la salud en las Américas, tales como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Promoción de la Salud y Equidad (Declaración de Bogotá) y la Carta del Caribe sobre Promoción de la Salud, apoyan el texto. Un glosario de términos y conceptos complementa la antología.

Si los pueblos son sanos, las probabilidades de que aumenten su productividad y creatividad, su enriquecimiento espiritual y su capacidad de mantener relaciones interpersonales positivas y altos principios de justicia y paz serán mayores. Vista así, la promoción de la salud deja de ser la responsabilidad de un solo grupo o sector para convertirse en un asunto de interés para todos.

La promoción de la salud: una antología es un libro destinado a apoyar los esfuerzos de los profesionales del campo de la salud pública que luchan por mejorar la salud y el bienestar mundial y, sin duda, será también una fuente de información útil para el público en general.

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud