



Revista Facultad Nacional de Salud Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Gómez A., Rubén Darío; González, Edwin Rolando
Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 22, núm. 1, enero-junio, 2004, pp. 87-106
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12022109>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse

Rubén Darío Gómez A.¹
Edwin Rolando González²

Resumen

La literatura abunda en publicaciones que pretenden evaluar la promoción de la salud (PS) y la prevención de la enfermedad (PE), pero solo pocas de ellas se han tomado la molestia de precisar qué es lo que realmente evalúan. La falta de coherencia en los criterios del evaluador puede contribuir más a la subutilización y al desprestigio de ambas estrategias que a su aplicación exitosa. Este documento pretende facilitar a los evaluadores la adopción de criterios para evaluar la PS y la PE. Para ello se ha estructurado en tres secciones: la primera diferencia las nociones de PE y PS, estableciendo los rasgos esenciales de cada una de ellas, sus diferencias y estrechas relaciones; la segunda destaca algunos criterios que pudieran ser útiles para el diseño de sistemas de evaluación de la PE y la PS; al final se presenta un cuadro con algunos aspectos de la PE y la PS susceptibles de servir como indicadores para sistemas de evaluación.

Palabras clave

Promoción de la salud, prevención de la enfermedad

1 Médico salubrista, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín. E-mail: rdgomez@guajiros.udea.edu.co

2 Médico, integrante de la Mesa Promoción de la Salud, Proyecto de Gestión de Políticas Públicas y Salud, Dirección Seccional de Salud de Antioquia y la Universidad de Antioquia.

Recibido: 23 de octubre de 2003. Aceptado: 18 de marzo de 2004

Evaluating disease prevention and health promotion: aspects to be considered

Abstract

Literature is plentiful in publications that seek to evaluate health promotion (HP) and disease prevention (DP), but just a few of them have specified what they are really evaluating. The lack of coherence in the criteria used by evaluators can contribute more to the inefficiency and discredit of both strategies than to their successful application. This paper is intended to facilitate the adoption of technical criteria for the evaluation of HP and DP. The document includes three sections: the first one analyses the notions of HP and DP, establishing their essential features, differences and close relationships. The second one highlights some approaches that could be useful for the design of DE and PS evaluation systems. Finally, a table presents some aspects of HP and DP which are susceptible of being used as indicators for evaluation systems.

Key words

Health promotion, disease prevention

Introducción

La promoción de la salud (PS) y la prevención de la enfermedad (PE) son dos de los pilares de la salud pública, y la mayoría de los lineamientos de política en el ámbito internacional las consideran actividades prioritarias. Sin embargo, la importancia que se les concede en la teoría suele contrastar con la ambigüedad de criterios utilizados al llevarlas a la práctica. La literatura abunda en publicaciones que pretenden evaluar la PS y la PE, pero solo pocas de ellas se han tomado la molestia de precisar qué es lo que realmente evalúan.¹⁻⁵ Nadie nos prohíbe hacer lo mismo; sin embargo, la falta de coherencia en los planteamientos del evaluador puede contribuir más a la subutilización y al desprestigio de ambas estrategias que a su aplicación exitosa. Este documento pretende facilitar a los evaluadores la adopción de criterios para evaluar la PS y la PE. Para ello se ha estructurado en tres apartes: el primero diferencia las nociones de PE y PS, estableciendo los rasgos esenciales de cada una de ellas, sus diferencias y sus estrechas relaciones. El segundo destaca algunos criterios que pudieran ser útiles para el diseño de sistemas de evaluación de la PE y la PS. Al final se presenta un cuadro con algunos aspectos de la PE y la PS susceptibles de servir como indicadores para sistemas de evaluación.

Precisión de conceptos: ¿qué vamos a evaluar?

Ningún evaluador podrá realizar apropiadamente su tarea mientras no haya precisado previamente su objeto de evaluación. Este principio reviste especial importancia en el campo de la salud pública, donde las nociones de PE y PS coinciden en muchos aspectos y se requieren mutuamente, pero tienen significados distintos y provienen de tradiciones diferentes.

La prevención de la enfermedad (PE)

Aunque la aplicación de medidas preventivas suele encontrarse en la historia de la medicina y de la salud pública, la inquietud sistemática por la prevención surgió en el seno del movimiento higienista de principios del siglo xx. Este movimiento pro-

ponía que, con frecuencia, puede ser menos costoso y más efectivo impedir la aparición de los problemas que tratarlos cuando ya se han establecido. Sin embargo, la noción de PE solo se desarrolló conceptualmente a mediados de 1950, cuando Leavell y Clark propusieron su modelo dinámico para explicar la aparición y comportamiento de las enfermedades,^{7,8} con el cual proponían que la enfermedad, más que un hecho aislado, era el resultado de un proceso que no termina con los signos y síntomas clínicos, pues suele derivar en consecuencias posteriores como la secuela, la invalidez o la muerte temprana. Su modelo supone que los seres humanos nacemos con una susceptibilidad variable para responder desfavorablemente, a lo largo de la vida, a ciertos estímulos potencialmente dañinos denominados noxas. Estas son cualquier tipo de evento, interno o externo, capaz de alterar nuestros mecanismos fisiológicos y homeostáticos. No todas las personas nos exponemos ni respondemos por igual a las noxas, pero la exposición puede desencadenar procesos nocivos y dar origen a una manifestación clínica del daño. En ocasiones el daño se manifiesta al poco tiempo de la exposición a la noxa (como en el caso de una quemadura), pero en otros, el proceso dañino puede cursar de forma silenciosa y progresiva por mucho tiempo antes de manifestarse clínicamente (como es el caso del cáncer de cérvix). Para Leavell y Clark, la enfermedad sintomática es solo un momento avanzado del proceso patógeno que suele darse después de un tiempo silencioso variable, durante el cual el daño ha podido ser detectado y tratado. La enfermedad clínica tampoco representa el fin del proceso nocivo, pues su evolución puede derivar hacia consecuencias aún peores, que podrían también evitarse mediante acciones preventivas que ellos formulan en tres niveles:

Prevención primaria: según Leavell y Clark, es un nivel de intervención del proceso patógeno constituido por todas aquellas acciones que se realicen en una población sana con la intención de evitar que los sujetos se expongan a una noxa o factor de riesgo. La prevención primaria comprende dos tipos de acciones: a) fomento de la salud (llamado por algunos prevención universal)⁹ que se refiere

al conjunto de acciones de prevención primaria aplicadas de manera colectiva (por ejemplo, la fluoración del agua, la señalización de vías y el saneamiento ambiental) y b) protección específica (prevención selectiva), noción que se refiere al conjunto de acciones de prevención primaria aplicadas individualmente a ciertos sujetos que están expuestos a un riesgo particular (por ejemplo, el casco en los obreros de construcción o el cinturón de seguridad en los conductores).

Prevención secundaria: es el nivel de intervención constituido por todas aquellas acciones realizadas en población que ha estado expuesta ya a una noxa o que está comenzando a desarrollar el daño, con la intención de impedir la aparición de las manifestaciones clínicas, reducir su duración o evitar sus complicaciones. La prevención secundaria comprende dos tipos de acciones: a) el diagnóstico acertado y precoz, actividad relacionada con la evaluación individual periódica y con los programas de tamizaje (screening) y b) el tratamiento apropiado y oportuno, que implica el desarrollo de servicios asistenciales de tipo curativo y reparativo.

Prevención terciaria: es el nivel de intervención constituido por todas aquellas acciones realizadas entre los enfermos que han presentado complicaciones, con el fin de evitar la invalidez o la muerte temprana y rehabilitarlos.

Aunque los niveles de prevención propuestos por Leavell y Clark son ampliamente aceptados por quienes trabajan en salud pública, han sido también objeto de controversia.¹⁰ Para Bloom, la noción de prevención terciaria debe aplicarse más bien a la reducción de un desorden entre un grupo de personas que ya están experimentando el problema.⁸ Otros autores consideran que solo deberían calificarse como prevención aquellas intervenciones que ocurren antes de la aparición del problema⁹ y que las intervenciones que se dirijan a un desorden existente debieran verse más como formas de tratamiento. Durlack⁹ propuso que la PE no puede llevarse a cabo sin incluir también el refuerzo de habilidades y competencias de la población para que pueda enfrentar el desafío de problemas futuros; como veremos, esta última condición constituye también un rasgo típico de la PS por lo que, desde el punto de

vista de Durlack, se hace muy difícil diferenciar completamente la PE de la PS.

La noción de PE no está exenta de problemas; desde sus orígenes, los enfoques preventivos han sido objeto de diferentes cuestionamientos, entre ellos los siguientes:

1) Medicalizan la prevención. Aunque la PE se ha venido extendiendo a los accidentes, traumatismos y otros problemas de salud relacionados con el crecimiento, el desarrollo y la interacción social, su origen en la medicina y la epidemiología ha impuesto a la noción de prevención un enfoque patocéntrico que liga estrechamente esta intervención con el sector de los servicios médicos.

2) La PE tiene dificultades para identificar y valorar los factores que han de intervenir. No siempre es fácil identificar los factores de riesgo y los factores protectores que deben ser sujetos de intervención: un factor de riesgo se define típicamente como cualquier evento, de naturaleza orgánica, psíquica, social o ambiental relacionado con una probabilidad aumentada de que ocurra un resultado desfavorable.^{10, 11} Actualmente la noción de factores de riesgo se usa para referirse a marcadores de la probabilidad de que un problema ocurra en una población. Por consiguiente, los factores de riesgo son mucho más útiles cuando predicen resultados para poblaciones que para individuos. Recíprocamente, un factor protector se define como una condición de naturaleza orgánica, psíquica, social o ambiental que refuerza la capacidad de una persona para resistirse a noxas, riesgos o peligros existentes y que por consiguiente promueve su adaptación y competencia.¹² Algunos autores proponen hablar mejor de procesos de riesgo que de factores de riesgo (como marcadores probabilísticos de riesgo).¹⁰ Mientras los factores de riesgo y los factores protectores nos proporcionan información general sobre dónde aplicar los esfuerzos de la intervención, la identificación de procesos o mecanismos de riesgo (rutas causales de enfermedad) nos proporcionaría una visión de lo que podría hacerse para alterar la situación. Por ejemplo, la pobreza es un factor de riesgo frecuentemente citado para explicar la mortalidad materna, pero la pobreza no explica en sí misma por qué hay un riesgo aumentado de que

mueran las maternas; más bien, sirve como un marcador de procesos de riesgo que normalmente acompañan a la pobreza. Las mujeres pobres tienen menos recursos financieros para comprar bienes materiales y acceder a información sobre cómo cuidarse y protegerse, además de que suelen vivir en zonas más alejadas de los servicios, están expuestas a más desnutrición y tienen menos apoyo social. Un factor protector no es lo mismo que la ausencia de un factor de riesgo ni que un recurso para el desarrollo humano, aunque estas nociones con frecuencia se usan como equivalentes.¹⁰ La distinción radica en que un factor protector solo opera cuando un factor de riesgo está presente. El factor protector solo sirve para disminuir la vulnerabilidad de un individuo frente a un riesgo específico existente y no refuerza su potencial en otras áreas. Por ejemplo, el uso de condones solo sirve como un factor protector para las enfermedades sexualmente transmitidas cuando un individuo es sexualmente activo y expuesto a la enfermedad. Por otro lado, los recursos para el desarrollo humano integral son aquellos que permiten a los individuos reforzar y promover competencias.

3) Para la PE no siempre es fácil saber cuál factor de riesgo debe intervenir. Los factores de riesgo y los factores protectores pueden coexistir, y su peso contrario no siempre es equivalente. A menudo los programas preventivos consideran ingenuamente que todos los factores de riesgo tienen la misma importancia, y que su fuerza es equivalente a la de los factores de protección, desconociendo la fuerza de asociación entre los riesgos y los resultados esperados en su plan. Para superar esta dificultad, algunos autores proponen concebir la prevención con un criterio ecológico más integral^{8, 9, 11} y depurar los procedimientos para establecer prioridades.

4) La prevención suele hacer énfasis en los aspectos negativos. Otro problema de los enfoques preventivistas puede ser su énfasis en los indicadores negativos de tipo médico, en detrimento de los factores protectores y de los determinantes psicosociales. Sin embargo, es necesario reconocer que los enfoques preventivos se han abierto también progresivamente a la consideración e interven-

ción de otros determinantes de la enfermedad que trascienden el ámbito de las ciencias médicas.

En resumen, la PE se refiere al conjunto de actividades aplicadas a los individuos o los grupos en riesgo con el propósito de evitar la aparición de un daño a la salud o de mitigar sus efectos; su interés es patocéntrico (se interesa especialmente en la enfermedad) y sus métodos —muy influidos por la tradición médica en la que se originaron— se agrupan en cuatro tipos: a) reducción y control de factores de riesgo para la enfermedad, b) aplicación de medidas de protección específica a los sujetos en mayor riesgo de daño (cinturón de seguridad, casco protector, vacunas, quimioprofilaxis), c) acciones de detección precoz y tamizaje de la enfermedad y d) acciones de intervención precoz, en la fase asintomática.

Factores críticos de éxito de la PE: el éxito de los programas preventivos puede estar relacionado con los siguientes eventos que revisten especial importancia para el evaluador:

- 1) La importancia relativa del daño seleccionado como prioritario por el programa preventivo.
- 2) La importancia relativa del factor de riesgo seleccionado como objeto del programa; dicha importancia podría establecerse en función de procedimientos epidemiológicos de valoración del riesgo atribuible, pero ello no siempre es posible y en estos casos puede ser necesario recurrir a análisis cualitativos.
- 3) La oportunidad de la intervención; en los programas preventivos, el momento de aplicar la intervención es un factor crítico del que depende el éxito.
- 4) La proporción de sujetos efectivamente cubiertos contra el daño.
- 5) La efectividad de las intervenciones propuestas para evitar el daño; ello implica comparar el daño antes y después de la intervención. Al respecto es importante considerar que la efectividad en condiciones reales no siempre coincide con la eficacia demostrada por los estudios realizados en condiciones experimentales.
- 6) La relación entre el costo de la intervención y el beneficio obtenido; el costo de una intervención no solo es económico; las ganancias y pér-

didadas en la calidad de vida de los sujetos expuestos a los programas preventivos pueden representar un ámbito del costo.

- 7) La aceptación cultural de los programas preventivos.
- 8) La integralidad de los programas preventivos; las acciones preventivas deben enfocarse hacia los determinantes sin perder de vista la estrecha articulación que existe entre ellos.
- 9) La continuidad de las intervenciones.

La promoción de la salud (PS)

La noción de PS es también compleja y controvertida y hasta la fecha no se ha llegado a un consenso en relación con su significado.^{1, 13} Precisemos, en primer lugar, que los términos salud pública y promoción de la salud son dos nociones íntimamente relacionadas entre sí pero no son sinónimas, y proceden de dos tradiciones diferentes, por lo tanto, no deben confundirse. La PS es una noción relativamente reciente y adquiere importancia solo a mediados del siglo XX, cuando la salud pública llevaba ya más de cuatro siglos. Aunque a lo largo de la historia podemos encontrar prácticas y concepciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la gente, que a la luz de nuestras concepciones y valores actuales podríamos reconocer como antecedentes de nuestra noción de PS, sería necesario reconocer que tenían para su época significados difícilmente asimilables a nuestras categorías.^{14, 15} En la Grecia antigua, la concepción hipocrática naturista y dinámica concebía la salud como un proceso natural; se la entendía como “el orden natural de las cosas” y por consiguiente estaba sujeta a leyes históricas, donde los seres humanos podíamos actuar para mantenerla y mejorarla. Este planteamiento hizo posible la aparición de la higiene hipocrática, que consideraba la moderación, el ejercicio, la buena alimentación y el saneamiento ambiental como acciones a nuestro alcance para alcanzar una buena salud. La higiene hipocrática, expandida después por la tradición grecorromana, fue, sin embargo, marcadamente individualista y proponía que la higiene era una decisión individual más que colectiva. La higiene hipocrática y su confianza en la capacidad de los individuos para incidir sobre

la salud y las enfermedades decayeron en Europa durante la Edad Media, cuando predominó el fatalismo de la concepción religiosa cristiana que subvaloraba el cuidado del cuerpo y ponía la salud en manos de la voluntad divina. A mediados del siglo XV, el humanismo renacentista, generado por el capitalismo naciente, rescató la concepción naturista de las enfermedades y la capacidad de los individuos para controlar la naturaleza. Durante este período hubo iniciativas interesantes, como la del médico alemán Bernard Ch. Faust, quien en 1794 propuso un catecismo de salud donde defendía la idea de preservar la salud propia y ajena. Con todo, las concepciones predominantes seguían siendo marcadamente individualistas y se centraron cada vez más en las enfermedades orgánicas y en la medicalización de la salud y las enfermedades.

Sin embargo, el desarrollo teórico sistemático acerca de la PS solo comenzó alrededor de 1946 con los planteamientos de Milton Terris, quien la proponía como una actividad de la salud pública formulada con fines positivos y no solo reparativos.¹⁶ La propuesta de Terris superaba los alcances de la higiene pública que predominaba en su época y abría las puertas a una visión más integral de la práctica sanitaria, aún así, fue acogida en el marco de las divergencias que han caracterizado el desarrollo de la salud pública. No es extraño pues que encontremos algunas concepciones de PS compatibles con los enfoques liberales de la salud pública, mientras otras entran en franca contradicción con los principios del modelo capitalista, al que consideran injusto y opuesto a la salud pública.

La falta de consenso alrededor del significado que debemos dar a la PS no obedece a falta de reflexiones o iniciativas en este campo. Por el contrario, abundan —como hemos dicho— los enfoques sobre el tema. La tabla 1 presenta algunas de las definiciones de PS que han tenido mayor difusión en la literatura.

La PS solo adquirió preeminencia internacional en 1974 gracias a la publicación de Una nueva perspectiva para la salud de los canadienses.¹⁷ Esta obra de Marc Lalonde, ministro de salud de Canadá, es el primer documento oficial que propone la PS como una estrategia y una política pública para un

Tabla 1. Definiciones de promoción de la salud y su respectivo énfasis

Fuente	Año	Definición de promoción de la salud	Énfasis de la definición			
			Actividades	Procesos	Objetivos	Metas
Lalonde ¹⁷	1974	Estrategia dirigida a informar, influir y ayudar, tanto a los individuos como a las organizaciones para que acepten más responsabilidad y sean más activas en asuntos que afectan su salud física y mental.	X		X	
Departamento de salud, EE. UU. ¹⁸	1979	Combinación de educación en salud y programas afines de tipo organizacional, político y económico, dirigidos a fundamentar cambios en el comportamiento y el entorno que mejoren la salud.	X		X	X
Green ¹⁹	1980	Cualquier combinación de educación en salud e intervenciones afines de tipo organizacional, político y económico, dirigidos a facilitar cambios en el comportamiento y el entorno que mejoren la salud	X		X	X
Green & Iverson ²⁰	1982	Cualquier combinación de educación en salud y apoyos afines de tipo organizacional, político y económico a las conductas conducentes a la salud.	X		X	X
Perry & Iessor ²¹	1985	Implementación de esfuerzos para adoptar un mejoramiento en los cuatro dominios de la salud: físico, social, psicológico y personal.	X			X
Nutbeam ¹³	1985	Proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre los determinantes de la salud y, por consiguiente, mejorar su salud. Es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud.		X	X	X
OMS ²²	1986	Proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre su salud y mejorarla.		X		X
Goostadt et al. ²³	1987	Mantenimiento y perfeccionamiento de los niveles existentes de salud mediante la implementación de programas, servicios y políticas efectivos.	X			X
Kar ²⁴	1989	Avance del bienestar y la evitación de los riesgos para la salud mediante la consecución de niveles óptimos en los determinantes de la salud de tipo comportamental, social, ambiental y biomédico.			X	X
O'Donell ²⁵	1989	Ciencia y arte de ayudar a la gente a escoger su estilo de vida para dirigirse hacia un estado de óptima salud.	X			X
Labonté & Little ²⁶	1992	Cualquier actividad o programa designado para mejorar las condiciones de vida de tipo social y ambiental, de modo que aumente la experiencia de bienestar de la gente.	X		X	X
Ministerio de salud (Colombia) ²⁷	1996	Componente del Plan de Atención Básica que busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades.	X			X

país. Lalonde insistía en que, para mejorar la salud, era imprescindible comprometer más a la gente en aquellos aspectos que determinaban su bienestar; por ello propuso la PS como una estrategia de salud pública dirigida a vincular a la gente en el control de los principales determinantes de la salud y, muy especialmente, para que asumiera más responsabilidad sobre su estilo de vida. En los países industrializados, el interés por el estilo de vida fue el enfoque predominante de la salud pública y la promoción de la salud durante los diez años siguientes. Este era también un periodo de fijación de metas nacionales de salud en Europa y en los Estados Unidos y la promoción de la salud, con su énfasis en el estilo de vida, se asumió como la estrategia básica para lograrlas. De allí que se le diera tanta importancia a la educación para la salud como una forma de lograr las metas en salud.

Pero después de algunos años, la experiencia fue madurando y se puso en evidencia que la confianza en el estilo de vida como determinante de la salud podría reflejar otro reduccionismo con serias consecuencias, pues llevaba a considerar a los individuos como culpables de sus enfermedades y por consiguiente responsables de pagar por los servicios requeridos. Los críticos de esta posición sostenían que las personas rara vez eran completamente libres para elegir lo que les hacía daño y las condiciones económicas, sociales y ambientales eran determinantes mucho más fuertes que estaban fuera del control de la gente. El argumento central de la crítica a la promoción centrada en el estilo de vida de los individuos era que estos tenían muy poco control efectivo sobre los determinantes más importantes de su salud. En cambio, se requería intervenir otros determinantes que ejercían una influencia estructural sobre la salud desde el ambiente y la organización social, y era allí donde debía incrementarse el control social. El énfasis en las acciones sobre el individuo se desplazó entonces hacia la intención de mejorar el control de factores más estructurales de la sociedad, que determinan los tipos de opciones disponibles para sus integrantes. En 1984, la Organización Mundial de la Salud definió la PS como el proceso de permitir a los individuos tomar el mando de su salud y mantenerla.²²

El documento de la OMS La salud para todos: un fundamento para la promoción de salud, publicado en noviembre de 1986, desarrolló aún más este concepto, haciendo pensar en tres estrategias para incrementar la PS: a) fortalecer la participación pública en la gestión de la salud, b) fortalecer los servicios comunitarios de salud y c) desarrollar políticas públicas saludables.

En 1986 se reunió en Canadá la primera conferencia internacional sobre PS; cuyas conclusiones se plasmaron en la Carta de Ottawa,²⁸ documento de referencia obligada en relación con el tema, y en la cual se define la PS como una estrategia de salud pública que “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Según este planeamiento, el núcleo de la estrategia es el empoderamiento de la gente sobre los determinantes que afectan su salud y sus fines, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. La Carta de Ottawa destaca además la importancia de ciertas condiciones consideradas como requisitos fundamentales para la salud y en las que la estrategia de PS debía hacer énfasis, a saber: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad. La conferencia de Ottawa definió también cuatro ámbitos que consideró claves para la PS: el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos, el mejoramiento de las condiciones sociales, el mejoramiento de las condiciones ambientales y el mejoramiento de las condiciones económicas. Igualmente, definió cinco áreas operativas para instrumentar la PS: a) construir una política pública de PS en el marco del desarrollo social, b) crear ambientes de soporte social que favorezcan la salud, c) fortalecer la acción comunitaria en la toma de decisiones que afectan su salud, d) desarrollar las habilidades del personal para controlar la propia salud y los factores ambientales que la afectan y e) reorientar los servicios de salud no solo hacia el perfil epidemiológico, sino también hacia los condicionantes del desarrollo social, para que puedan dar una respuesta más integral a las necesidades de las gente.

La reunión de Ottawa desencadenó alrededor del mundo un movimiento de promoción de la salud en cuyo nicho se han desarrollado varias propuestas afines, como la del movimiento de las ciudades saludables, iniciado por otro canadiense, Trevor Hancock, y adelantado en América Latina como municipios saludables. La más nueva evolución del movimiento de promoción de salud es la preocupación por un futuro saludable.^{16, 29} Las cinco áreas propuestas por la Carta de Ottawa fueron desarrolladas de manera sucesiva por las conferencias realizadas en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997) y México (2000). Desde entonces, las propuestas en el campo de la promoción de la salud han venido evolucionando hacia el empoderamiento de la gente sobre su salud y hacia un concepto global de manejo del futuro.

Paralelamente, otros núcleos de poder representados por la banca internacional, a través del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, impulsaron en el mundo las políticas neoliberales. Entre las directrices que inspiran actualmente la gestión de la salud pública, deben resaltarse las emitidas por el Banco Mundial, cuyo contenido ha desbordado el campo del sector financiero para convertirse en norma rectora de la gestión de los gobiernos en la mayor parte del mundo, incluyendo los países latinoamericanos. En su informe *Invertir en salud*, de 1993, el Banco considera que, pese a los progresos observados en relación con la salud, los países no industrializados continúan con niveles inaceptablemente altos de mortalidad infantil y la carga de morbilidad sigue siendo abrumadora a pesar de que muchas de las enfermedades que la causan pueden prevenirse o curarse a un costo bajo. De manera adicional, comienzan a observarse en estos países incrementos en los precios de los servicios, como los que se han dado en los países industrializados. Entre los problemas básicos de los servicios, el informe destaca la asignación equivocada de recursos a intervenciones de alto costo y escaso impacto, la existencia de desigualdades en el acceso a los servicios, la ineficiencia en la utilización del recurso disponible y la explosión de los costos. Haciéndose eco de una concepción económica de corte liberal, el informe del Banco propuso a los gobiernos del

mundo invertir sus recursos en salud con base en tres políticas: a) fomentar entornos económicos que permitan a las familias mejorar su nivel de salud, b) mejorar el gasto público en salud, reorientando los recursos estatales para compensar las deficiencias del mercado y focalizando la financiación hacia los servicios de los más pobres, c) promover la diversidad, la competencia y la privatización en la prestación de los servicios. Desde su perspectiva económica, el Banco Mundial considera que muchos servicios de salud son bienes públicos cuya prestación no puede cobrarse fácilmente a las personas (las teorías del mercado dan a este tipo de eventos el nombre de externalidades) y por ello no son de interés para el sector privado. La atención de las externalidades, entre las que se cuentan las intervenciones colectivas sobre la salud pública, debe ser asumida por el Estado, quien también debe encargarse de atender a los pobres. El informe del Banco Mundial, cuyo contenido ha ejercido una profunda influencia sobre la política social en todo el mundo desde fines del siglo xx, se preocupa por la pobreza pero no por sus causas; supone las desigualdades como datos, y propone acciones para reducir los efectos de la inequidad, no para controlar su estructura causal. Si se examinan en detalle, las políticas impuestas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional contradicen en la teoría y en la práctica los planteamientos de las conferencias internacionales sobre promoción de la salud que resaltaban la responsabilidad del Estado frente a la reducción de las inequidades sociales, la democratización de las decisiones y la protección del ambiente.

Enfoques en PS

En relación con la PS hay dos tipos de enfoques:¹

Las nociones individualistas de la PS, que enfatizan la responsabilidad individual, el estilo de vida y la forma de vivir. Estas corrientes destacan la información masiva sobre factores de riesgo y uso de los servicios en la educación de la salud y en la organización de las personas para el autocuidado.

Los enfoques de PS centradas en los determinantes de la salud, que consideran que no es posible promover la salud desde el sector de los servi-

cios médicos sin intervenir los demás factores que determinan la salud y los perfiles epidemiológicos. Aun cuando los determinantes de la salud no sean completamente controlables, la PS podrían mitigar sus efectos negativos (por ejemplo, restaurantes comunitarios para gente pobre o grupos de autoayuda para personas con trastornos genéticos).

Por su parte, la definición de Nutbeam¹³ pretende integrar estas dos posiciones considerando que la PS constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, con vista a crear un futuro más saludable; por ello propone que debe hacerse énfasis tanto en la elección personal (estilo de vida individual) como en la responsabilidad social y los demás determinantes de la salud.

Otra diferencia importante en los enfoques de la PS radica en la importancia que se dé a sus productos o a su proceso.

La PS centrada en los productos. Algunos enfoques se interesan más en los productos que deben obtenerse y valoran la PS en función de sus metas terminales, estados finales deseables o resultados alcanzables, usualmente a largo plazo (mejoras en la calidad de vida, aumento en la esperanza de vida, disminución de años de vida perdidos). En la práctica, este enfoque define previamente los resultados y a partir de ellos establece las estrategias y actividades. En cierta forma, este enfoque choca con la propuesta de la OMS de que la salud es un recurso para la vida y no un fin en sí mismo, aunque algunos podrían defender que la salud en sí misma es un bien con valor intrínseco propio y que este debería ser el resultado último de las acciones de promoción.

En el enfoque centrado en los productos es importante diferenciar dos tipos de resultados: las metas o productos terminales a largo plazo y los objetivos instrumentales o resultados intermedios, usualmente a corto plazo (como dejar de fumar, por ejemplo), que apuntan a los estados finales. Estos objetivos instrumentales se agrupan a su vez en dos grandes categorías: los que privilegian las condiciones del entorno ecológico (cambios en el ambiente) y social y los que privilegian el comportamiento del individuo (cambios en el comportamiento).

La PS centrada en los procesos. Este enfoque, compartido por la OMS y la Carta de Ottawa, definen la PS^{22, 28} como el proceso dirigido a habilitar a la gente para aumentar su control sobre su salud y mejorarla. Para algunos autores, como Kickbusch, la PS se entiende mejor como un proceso permanente e ilimitado en el tiempo, que consiste en actividades de desarrollo personal, organizacional y político dirigidas a desencadenar, manejar e implementar cambios en la calidad de vida del colectivo.³⁰ Estos enfoques dan más valor al proceso mismo de participación, empoderamiento y consenso que a los objetivos intermedios. Desde la perspectiva de la PS como proceso social, Rootman et al.¹ proponen la noción de procesos instrumentales para referirse a aquellos que persiguen objetivos instrumentales; entre esos procesos instrumentales podrían citarse la autoeficacia y el mejoramiento en las competencias.

Los enfoques centrados en los productos y los enfoques centrados en el proceso coinciden, sin embargo, en considerar la PS como un conjunto de acciones realizadas sobre el sujeto o sobre su entorno que, mediante el aumento en el control, llevan finalmente a mejorar la salud o el bienestar del grupo.

La PS en la práctica: diferentes experiencias

En relación con la PS, la experiencia ha superado los modelos teóricos. Podemos comprender mejor en qué consiste la PS examinando las experiencias que se realizan en diferentes países y regiones. Las iniciativas de PS realizadas en el mundo son muy variadas y crecientemente complejas. Las siguientes actividades se han publicado y aceptado como aplicaciones de la PS:³¹

- Servicios preventivos como inmunizaciones, tamizajes para cáncer cervical y otras enfermedades prioritarias, provisión de parches de nicotina y otras medidas de protección.
- Servicios de educación preventiva para modificar estilos de vida riesgosos y promover el uso de los servicios.
- Protección preventiva de la salud, como la fluoración de la sal o del agua.
- Educación para la organización de acciones preventivas (cabildo ante los legisladores).

- Educación para el desarrollo de habilidades saludables.
- Protección positiva de la salud, como implantación de restricciones al consumo de cigarrillo en sitios públicos.
- Educación para la promover la organización e implantación de medidas de protección positiva.
- Uso de medios masivos para difundir los peligros de ciertos factores de riesgo, como el tabaquismo, el alcoholismo y el uso de psicoactivos.
- Programas educativos integrales en las escuelas.
- Sensibilización y organización de las comunidades frente a ciertos problemas de salud (mortalidad materna, bajo peso, violencia doméstica).
- Promoción de las organizaciones comunitarias y cabildeo para lograr políticas saludables.
- Articulación y reorganización de los servicios médicos con una visión más integral.

Algunos de estos ejemplos son realmente aplicaciones de prevención y nos obligan a precisar un poco las relaciones entre ambas actividades. La PE y la PS no son sinónimos. Como vimos antes, la PE asienta sus raíces en la medicina del siglo XIX y se centra en evitar los riesgos y mitigar la enfermedad. La PS no solo tiene una concepción más amplia de los determinantes que afectan positiva y negativamente su salud, sino que se centra en el empoderamiento o control de la gente sobre estos factores. Debido a la diferencia de enfoques, hubo entre los defensores de ambas estrategias una cierta contradicción muy marcada en la pasada década de los 90. Sin embargo, en los últimos años se ha venido aceptando que la PE y la PS son actividades necesarias y complementarias para mejorar la salud de la gente, y que una concepción amplia de la PS —entendida como el empoderamiento de la gente sobre su salud— permite extender esta estrategia a áreas más específicas como la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación. A pesar de su connotación negativa, las enfermedades, dolencias, traumatismos y defunciones tempranas son una dimensión insalvable de la salud y la calidad de la vida y la PS no puede desconocer la importancia de evitar y mitigar estos eventos. Desde esta perspec-

tiva, el empoderamiento sobre los determinantes de la salud debe aplicarse también al control de los factores de riesgo y a la prevención de los daños. De allí que la insistencia en contraponer la prevención a la promoción tenga cada vez menos sentido, ante un panorama donde los esfuerzos por mejorar las condiciones de vida deben articularse y potenciarse. En otras palabras, se afirma que la prevención de las enfermedades es una dimensión de la promoción de la salud y que las actividades preventivas —aunque centradas en aspectos negativos— deben estar bajo el control de la gente, y en este sentido, pertenecen también al ámbito de la PS.

Factores críticos de éxito de la PS

Pese a la controversia conceptual que acabamos de revisar, podría haber cierto consenso alrededor de los siguientes principios que caracterizan los procesos de PS y que constituyen factores críticos de éxito para su evaluación.²

- 1) El grado de empoderamiento, entendido como el desarrollo de las habilidades individuales y colectivas para controlar mejor los factores personales, socioeconómicos y ambientales que determinan la salud. Este es un punto de encuentro de la mayoría de los enfoques y difícilmente puede obviarse al evaluar la PS.
- 2) La participación social en todos los estadios del proceso de salud.
- 3) El carácter holístico de la salud y de la intervención propuesta.
- 4) El carácter intersectorial de las intervenciones.
- 5) La búsqueda explícita de la equidad.
- 6) La sostenibilidad que garantice el logro de los resultados una vez se hayan terminado los recursos iniciales.
- 7) La aplicación de estrategias múltiples: defensa, educación, comunicación, desarrollo de políticas, legislación, desarrollo comunitario y cambios organizacionales.

La tarea del evaluador deberá ser la de construir y seleccionar indicadores para estos factores de éxito. La tabla 2 presenta algunas de las muchas opciones posibles; sin embargo, no todos los indicadores pueden ser igualmente prioritarios ni la cantidad de indicadores mejora la calidad de la eva-

Tabla 2. Evaluación de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: áreas de interés

Énfasis	Dimensión que ha de evaluarse	Factor crítico	Áreas para posibles indicadores
Estilos de vida	Control social de los estilos de vida y desarrollo de habilidades personales	Definición de determinantes de la salud relacionados con los estilos de vida	Diagnóstico de estilos de vida determinantes del perfil local de salud (existencia y características del diagnóstico)
			Plan para el control del perfil local de estilos de vida
			Grado de participación de los grupos de interés en la elaboración del diagnóstico
			Grado de participación de los grupos de interés en la elaboración del plan
			Porcentaje del presupuesto destinado al control del estilos de vida determinantes del perfil local de salud
			Cambios alcanzados en el patrón de conductas determinantes del perfil local de salud según las metas previstas en el plan
		Adopción de una conducta saludable	Número de sujetos informados sobre la conducta saludable seleccionada
			Tendencia en las actitudes que actúan como determinantes de la salud
			Numero de sujetos que inician el comportamiento saludable seleccionado
			Numero de sujetos que persisten en el comportamiento saludable después del tiempo x
			Numero de grupos de interés conformados alrededor de la promoción de un comportamiento saludable
			Frecuencia de repetición del comportamiento saludable según el patrón que se haya previsto (registros de autocontrol)
		Supresión de una conducta de riesgo	Cambios favorables en los patrones de consumo de bienes y servicios
			Número de sujetos informados sobre la conducta de riesgo seleccionada y su alternativa
			Número de sujetos que interrumpen la conducta de riesgo seleccionada
			Número de sujetos que persisten en la supresión del comportamiento de riesgo después del tiempo x
			Tiempo de persistencia en el control de la conducta de riesgo (registros de autocontrol)
			Número y características de los grupos de interés conformados alrededor del control de un comportamiento de riesgo (grupos de apoyo)
Ambiente físico saludable	Control social de los ecosistemas y creación de entornos y espacios saludables	Definición de determinantes de la salud relacionados con el ambiente físico	Diagnóstico local de determinantes ambientales de la salud (existencia y características)
			Grado de participación de los grupos de interés en la elaboración del diagnóstico de determinantes ambientales
			Plan local de control de riesgos ambientales (existencia y características)
			Grado de participación de los grupos de interés en la elaboración del plan
			Porcentaje del presupuesto destinado al control de determinantes ambientales
			Cambios alcanzados de acuerdo con las metas previstas en el plan
		Creación de entornos saludables	Metas logradas según lo previsto en el plan local de control de determinantes ambientales
		Supresión de riesgos ambientales	Metas logradas según lo previsto en el plan local de control de determinantes ambientales

Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud:
factores que deben considerarse
R. Gómez, E. González

(continuación)

Énfasis	Dimensión que ha de evaluarse	Factor crítico	Áreas para posibles indicadores
Entornos sociales saludables	Creación y fortalecimiento de entornos de soporte social	Priorización del empoderamiento	Diagnóstico del perfil local de empoderamiento con enfoques de equidad (existencia y características del diagnóstico).
			Grado de participación de los grupos de interés en la elaboración del diagnóstico
			Plan para promover el empoderamiento
			Grado de participación de los grupos de interés en la elaboración del plan para promover el empoderamiento
			Porcentaje del presupuesto destinado a generar el empoderamiento de los grupos afectados
			Logros alcanzados según las metas previstas en el plan
		Organización de las comunidades	Existencia de grupos de interés organizados formalmente
			Características de los grupos de interés según el modelo asumido como patrón de referencia (motivación, tolerancia, heterogeneidad, grado de conciencia sobre el asunto de interés, grado de autonomía, fortalezas grupales)
			Existencia de redes funcionales de grupos de interés
			Numero y características de grupos de autoayuda para el autocontrol de problemas prioritarios
			Porcentaje de involucrados vinculados a grupos de interés
			Características del liderazgo según el modelo asumido como patrón de referencia
			Grado de satisfacción de los comprometidos con su participación
			Producción de los grupos de interés
		Participación amplia en las decisiones	Porcentaje de participantes informados sobre los determinantes que afectan su salud
			Diagnóstico de la situación de salud elaborado por los participantes (existencia y características)
			Planes de acción elaborados por los participantes
			Presupuestos elaborados por los participantes
			Porcentaje de representantes de la sociedad civil en los organismos de planeación y programación
		Participación amplia en el control	Existencia de instancias de veeduría ciudadana y control social efectivo
			Porcentaje de representantes de la sociedad civil en los organismos que regulan la contratación
			Porcentaje de representantes de la sociedad civil en los organismos de vigilancia y control
			Proporción del presupuesto asignada a las prioridades definidas por los participantes
			Porcentaje del presupuesto controlado directamente por los grupos de interés de la sociedad civil
			Número de acciones de tutela resueltas favorablemente
			Número de acciones de cumplimiento resueltas favorablemente
			Número de derechos de petición resueltos favorablemente
			Grado de consenso para cada una de las decisiones críticas evaluadas

(continuación)

Énfasis	Dimensión que ha de evaluarse	Factor crítico	Áreas para posibles indicadores
Servicios de salud	Reorientación de los servicios de salud	Diseño de servicios preventivos	Programas de tamizaje de la población asintomática según el perfil local (existencia, porcentaje de cobertura, accesibilidad y características)
			Programas de inmunizaciones (existencia, porcentaje de cobertura, accesibilidad y características)
			Programas educativos según el perfil local (existencia, porcentaje de cobertura, accesibilidad y características)
			Programas de protección específica para grupos de riesgo según el perfil local (existencia, porcentaje de cobertura, accesibilidad y características)
			Regulación de riesgos según el perfil local (existencia y características de normas para el control de riesgos)
			Programas de información masiva (existencia, porcentaje de cobertura, accesibilidad y características de los programas de información a la comunidad)
		Promoción de la utilización de los servicios de salud según el perfil local	Diagnóstico del perfil sanitario local (factores de éxito)
			Diagnóstico de demanda de servicios públicos (factores de éxito)
			Diagnóstico de demanda de servicios de salud (factores de éxito)
			Diagnóstico de accesibilidad a los servicios de salud (factores de éxito)
			Plan de oferta de servicios en respuesta a las prioridades locales
			Programas de información sobre los servicios que responden a las condiciones prioritarias para la localidad (existencia y características de los programas de información a la comunidad)
		Diseño de servicios de salud integrales	Porcentaje de utilización de los servicios de salud de promoción, detección precoz, protección específica y atención integral según el plan de oferta de servicios establecido
			Definición de paquetes de servicios esenciales y prioritarios
			Grado de integralidad de los servicios sanitarios (según el patrón de integralidad previamente definido)
			Planes de desarrollo de recursos humanos para la transformación y humanización de los servicios
			Actos administrativos que eliminan las barreras al acceso a los servicios de salud
			Distribución del recurso en la población
		Financiación de los servicios de salud para reducir la inequidad	Control de las barreras que impiden el acceso a los servicios (existencia y características de los programas de promoción de la accesibilidad)
			Porcentaje del presupuesto invertido en el control de determinantes de la salud según el perfil local
			Indicadores de calidad de los servicios esenciales según los patrones previamente definidos
			Estudios que identifican las inequidades en el acceso a los servicios esenciales de salud (existencia y características del diagnóstico)
			Planes para la reducción de las inequidades en el acceso a los servicios de salud (existencia y características de los planes)

Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud:
factores que deben considerarse
R. Gómez, E. González

(continuación)

Énfasis	Dimensión que ha de evaluarse	Factor crítico	Áreas para posibles indicadores
Servicios de salud (viene)	Reorientación de los servicios de salud (viene)	Financiación de los servicios de salud para reducir la inequidad (viene)	Porcentaje de costos de la intermediación en la prestación de los servicios
			Tendencias en el porcentaje del «pago de bolsillo»
			Porcentaje de población postergada cubierta con subsidios efectivos
			Accesibilidad (jurídica, cultural, administrativa y financiera) a servicios de salud esenciales
			Porcentaje de demanda insatisfecha para servicios considerados esenciales
Políticas públicas	Políticas públicas que favorecen la salud colectiva	Integralidad de la política	Duración de los tiempos de espera para servicios considerados esenciales
			Fundamento técnico de la política (diagnóstico o investigaciones que respaldan la política)
			Grado de integralidad del contenido de la política de promoción de la salud (existencia y características de políticas que específicamente pretendan promover integralmente la salud)
			Mecanismos favorecedores de la intersectorialidad (existencia y características de los mecanismos de coordinación intersectorial)
			Grado de intersectorialidad de la política analizada (características intersectoriales del objeto de la política)
			Grado de integralidad de las estrategias aplicadas (características intersectoriales de las estrategias de política)
			Porcentaje del presupuesto local destinado a atender los grupos y problemas priorizados
		Participación popular en la gestión de la política	Grado de participación de los grupos de interés en la elaboración de la política (extensión de las instancias de participación, intensidad de las instancias de participación)
		Estructura de la política	Porcentaje del presupuesto local destinado a atender los grupos postergados
			Respaldo legal de la política de promoción en la localidad (figuración explícita en el acuerdo programático, el plan de desarrollo y los planes operativos)
			Inclusión de la estrategia en la agenda política (agenda de los organismos de definición de la política social en la localidad)
			Porcentaje del presupuesto destinado a acciones de promoción
			Gestión local del plan de promoción de la salud (indicadores de eficacia, eficiencia y calidad)
			Providencias del Ministerio Público (procuraduría, personería, defensoría del pueblo) en favor del derecho a la salud
			Difusión de los componentes y efectos de la política entre los afectados
			Esperanza de vida
Productos obtenidos	Impacto	Incremento de indicadores positivos	Calidad de vida (según los estándares de calidad que se hayan asumido)
			Años de vida libres de enfermedad

(continuación)

Énfasis	Dimensión que ha de evaluarse	Factor crítico	Áreas para posibles indicadores
Productos obtenidos (viene)	Impacto (viene)	Reducción de indicadores negativos (viene)	Años de vida libres de enfermedad Grado de satisfacción de la población Índices de acceso a servicios públicos Tenencia de la vivienda Área de vivienda por habitante Niveles de pobreza Niveles de analfabetismo Niveles de deserción escolar Niveles de desempleo Niveles de mortalidad Niveles de mortalidad evitable Niveles de morbilidad Niveles de discapacidad e invalidez Porcentaje de reducción de complicaciones médicas Reducción de los índices de inequidad para los determinantes de la salud (inequidad económica, de género, de edad, de grupo étnico, de acceso a servicios públicos) Reducción de los índices de inequidad para la morbimortalidad Mejoramiento en la estructura de otros determinantes negativos de la salud prioritarios para la localidad

luación. Algunos de ellos pueden revelarse como prioritarios, entre los cuales merecen comentario especial los siguientes:

El empoderamiento de la comunidad

Es el centro de la PS y debería ser también el primero de los factores críticos de éxito sometidos a evaluación. Sin embargo, los significados e implicaciones de este concepto permanecen en la ambigüedad.³² Al evaluar experiencias rotuladas como intervenciones de promoción de la salud, algunos autores han encontrado que la retórica del empoderamiento y el desarrollo de la comunidad tiende a diluirse en la práctica, y consideran que si los promotores de la salud pretenden contribuir a cambios eficaces a largo plazo, deben ser mucho más críticos en sus enfoques y clarificar el uso de términos básicos como 'comunidad' y 'empoderamiento',³² el último de los cuales no es fácil de evaluar. Dado que el empoderamiento de la comunidad es una preocupación central de la PS, la División de Control de Enfermedad Crónica e Intervención de la Comunidad, del CDC, efectuó un simposio en di-

ciembre de 1995 con la esperanza de lograr un consenso con respecto a este concepto. Los participantes en dicho simposio consideraron³³ que los elementos críticos del empoderamiento tenían que ver con varios factores, entre ellos, la extensión y grado de participación de la gente en las decisiones, las habilidades de los individuos para controlarse a sí mismos y a su entorno, los recursos disponibles por el grupo, la extensión y grado de articulación y funcionalidad de las redes sociales e interorganizacionales, el sentido de comunidad del proyecto evaluado, la comprensión de la historia de la comunidad, el poder efectivo de la comunidad sobre las decisiones que la afectan reflejado en la aplicación de los recursos, los valores comunitarios y la capacidad de reflexión crítica de quienes participan en el proceso.

La PS es también una política pública

La PS es una manifestación de la conciencia social y en consecuencia puede estudiarse como se estudian las ideologías en general. El creciente interés internacional por la PS no es gratuito y su

origen se ha asociado con varias tendencias mundiales, en ocasiones opuestas,^{34, 35} entre las cuales están:

- La presión de los mercados por la privatización de los servicios (específicamente por los servicios de salud).
- La situación de deterioro económico del tercer mundo.
- La preocupación de los estados por el costo creciente de las tecnologías y el aumento en el gasto sanitario.
- El interés por la eficiencia y el reconocimiento de los pobres beneficios obtenidos por el sector de la salud a pesar del aumento observado en los costos de los servicios médicos
- Los descubrimientos científicos que reforzaban el papel de múltiples factores determinantes de la salud (equidad, riqueza, soporte social, etc.)
- El individualismo que se expandió en occidente y el interés de las personas por ejercer un control sobre su vida.
- El desarrollo de movimientos progresistas en el seno de la salud pública, promovidos con frecuencia desde los países socialistas: el avance en concepciones integrales que proponían ir más allá de la protección de la salud, definiéndola en términos positivos y prestando atención a otros dominios de la salud diferentes al cuerpo físico (lo mental, lo social y lo espiritual). Los medios propuestos para lograr esta visión de la salud incluían la redistribución del poder, la reducción del impacto negativo de los determinantes socioeconómicos, el cambio en la redistribución de los recursos, la prioridad de las intervenciones preventivas sobre las curativas, la conciencia ecológica y el reconocimiento del desarrollo social y la participación comunitaria como estrategias eficaces y legítimas.²
- Las presiones sociales de diferente índole: las demandas de atención sanitaria, los movimientos que abogaban por la participación de la sociedad civil frente a las decisiones centrales y los movimientos que propendían por un cambio en las estructuras de poder, como los grupos feministas y de defensa de los derechos de grupos raciales.

- La creciente evidencia de la poca relación existente entre la salud y los servicios médicos y el reconocimiento de que muchos problemas de salud se relacionan con el estilo de vida. A este factor se le dio, durante mucho tiempo, más importancia que a otros determinantes sociales y económicos de la salud. El énfasis en el estilo de vida articulaba un sistema de concepciones afines muy convenientes para los mercados, pues presuponía la libertad de las personas para elegir, la responsabilidad de los individuos por sus enfermedades y por los gastos que se derivaran de la atención y su papel como consumidores. La conciencia del autocuidado y la importancia de la educación como proceso dirigido a cambiar comportamientos individuales fueron nociones ampliamente desarrolladas en las sociedades industrializadas y con esta misma confianza se exportaron a los países pobres.

Los movimientos sociales que generan y defienden un enfoque particular de PS suelen imponerlo también al evaluador —con frecuencia de manera inconsciente—, condicionando no solo su intencionalidad sino también los aspectos técnicos y las metodologías aplicadas en el proceso de evaluación.

¿Como enfocar la evaluación de la prevención y la promoción?

Nuestra concepción de PE y de PS no tiene una importancia solo académica. Por el contrario; sus implicaciones revisten especial importancia en la práctica y en los resultados de nuestras decisiones sobre el bienestar colectivo. Por ello, antes de comenzar algún proceso de evaluación de la PS, el analista debe precisar cuál es su enfoque y cuáles son sus intereses. Muchos evaluadores pensarán que esta decisión es un dilema técnico, sin embargo, los enfoques que asuma el evaluador estarán determinados por factores subjetivos de tipo ético y, si se quiere, políticos —con frecuencia inconscientes— que se reflejarán en sus criterios y sus decisiones.

En los párrafos anteriores hemos visto que la PE y la PS responden a discursos complejos y hetero-

géneos, que han venido ganándose un espacio como política pública y como estrategias, asumiendo en cada región un perfil particular de objetivos y métodos. Un proceso serio de evaluación debe responder también a esta variabilidad y complejidad, hecho que se reflejará en las siguientes decisiones:

La intencionalidad de la evaluación

Es posible que muchos quieran hoy evaluar la PE y la PS, pero no todos quienes proponen la evaluación tienen claro para qué realizarla. Definir esta intencionalidad es la primera decisión que hay que asumir al definir el sistema de evaluación. En principio las evaluaciones deben propender por un mejoramiento en la calidad de vida de la gente y porque las actividades evaluadas logren este propósito de la mejor manera posible.

La selección de los factores críticos de éxito del proyecto, programa o actividad que se va a evaluar

La evaluación debe centrarse en los aspectos fundamentales que contribuyen al éxito propuesto. Estos factores pueden referirse al producto o al proceso dependiendo del enfoque que se imponga al evaluador.

La metodología elegida para realizar la evaluación

El debate relacionado con las metodologías de evaluación cualitativas o cuantitativas se resuelve más fácilmente cuando esta decisión se subordina a los objetivos de la evaluación. Dependiendo de su intencionalidad y de su objeto de evaluación, el evaluador seleccionará sus métodos de obtención y procesamiento de información. Una evaluación no es buena por ser cuantitativa ni mala por serlo; en el mismo sentido, un enfoque cuantitativo puede ser muy limitado para dar cuenta de aspectos subjetivos como la valoración social, la satisfacción y el grado de participación. Existen entonces múltiples posibilidades metodológicas, que pueden potenciarse en la medida en que el proceso de evaluación se adelante con amplia participación de quienes estén comprometidos en él. Una recomendación general derivada de los fundamentos teóricos de la PS y que pueden extenderse a la PE abogarían por metodologías simplificadas que permitan, hasta donde ello

sea posible, la participación de las comunidades y de quienes hagan parte del proceso. Esta práctica constituiría por sí misma un espacio de empoderamiento de las comunidades.

La instrumentación de la evaluación

En relación con los aspectos formales, la evaluación de la PE y de la PS debe cumplir con los siguientes requisitos:²

- Promover la participación consciente y libre de quienes participan en todo el proceso
- Promover la transdisciplinariedad en las aproximaciones, para que la evaluación pueda responder por información de muy diferente índole (epidemiológica, social, económica, psicológica, médica, administrativa). No es posible evaluar la PE ni la PS desde una sola disciplina ni desde una sola metodología. Los métodos y técnicas de evaluación aplicables a ambos tipos de intervención deben ser multidisciplinarios para dar cuenta de su complejidad. Una de las aproximaciones más comunes suele ser la evaluación económica que presenta pocas dificultades importantes cuando el acercamiento teórico al programa y la evaluación del costo y los beneficios se confina dentro del contexto del individuo. Los análisis centrados en el individuo (individualismo metodológico) tienen una larga historia en economía y las técnicas de microeconomía suelen satisfacerse con el examen de programas enfocados al cambio individual de conducta. Sin embargo, los nuevos desarrollos en la salud pública proponen desafíos especiales al evaluador. Los programas de salud pública tienen al colectivo como centro de interés y consideran que la comunidad significa algo completamente diferente de la suma de individuos. El empoderamiento de la comunidad y la promoción de la capacidad que esta tenga para controlar sus problemas de salud (que son las metas de tales programas) escapan a los enfoques tradicionales de la economía utilitaria individualista cuyas conclusiones pueden desorientar a los artífices de las decisiones en salud sobre el valor y potencial de las intervenciones.³⁶

- Definir un horizonte de cambio apropiado para el proceso que se evalúa. Este horizonte se refiere al tiempo para el cual se asumirá la evaluación.
- Garantizar la eficiencia y eficacia de la evaluación misma. Esta consume recursos y debe justificarse y para optimizar los esfuerzos que demanda, debe centrarse en los factores críticos de éxito de la situación que se evalúa. En el caso de la prevención de la enfermedad, la evaluación debe propender por la reducción efectiva de los eventos desfavorables. En el caso de la promoción de la salud debe velar por el empoderamiento. En ambos casos, el proceso y los resultados de la evaluación deben, en última instancia, mejorar el grado de control de los individuos y las comunidades frente a los principales determinantes de su salud.

Reflexiones finales

La salud pública y el desarrollo social tienen en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud una de sus mayores expectativas. Aplicada de manera irrelevante, sobre pseudodeterminantes de la calidad de vida, ambas actividades podrán constituir una frustración adicional para las comunidades y los servicios de salud. Aplicadas con la gente y por ella, y sobre los determinantes de su situación, puede ser un germen de cambio social y mejoramiento colectivo. La diferencia entre el éxito o el fracaso podría depender no solamente de criterios técnicos, sino de convicciones de tipo ético y político. A los evaluadores de estas estrategias compete en gran medida la responsabilidad de contribuir a que las experiencias sean exitosas.

Referencias

1. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, et al. (eds). *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. Geneve: WHO; 2003.
2. Goodstadt MS, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Rootman I, Springett J. *Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations*. WHO Reg Publ Eur Ser 2001;(92):517-533.
3. Thompson JC. *Program evaluation within a health promotion framework*. Can J Public Health

- 1992; 83 (Suppl 1):S67-S71.
4. Koepsell TD, Wagner EH, Cheadle AC, Patrick DL, Martin DC, Diehr PH, et al. *Selected methodological issues in evaluating community-based health promotion and disease prevention programs*. Annu Rev Public Health 1992; 13: 31-57.
5. Akerman M, Mendes R, Bogus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. [Health promotion evaluation: focus on "healthy cities"]. Rev Saude Publica 2002; 36(5):638-646.
6. Gómez-Arias R. *La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia*. Rev Fac Nac Salud Pública 2002;20(1):101-116.
7. Leavell H, Clark E. *Textbook of preventive medicine*. New York: McGraw-Hill; 1953.
8. Bloom M. *Primary prevention practices*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1996.
9. Durlak J. *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York: Plenum Press; 1997.
10. Small S, Memmo M. *Contemporary models of youth development and problem prevention: toward a clarification and elaboration of concepts and frameworks*. Madison: Human Development & Family Studies University of Wisconsin; 2002.
11. Coie J, Watt N, West S, Hawkins J, Asarnow J, Markman H, et al. *The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program*. Am Psychol 1993; 48:1013-1022.
12. O'Connor T, Rutter M. *Risk mechanisms in development: Some conceptual and methodological considerations*. Dev Psychol 1996; 32:787-795.
13. Nutbeam D. *Glosario de promoción de la salud*. En: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS; 1996. (Publicación Científica, 557).
14. Cardona J. *El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 1988.
15. Franco S, Ochoa D, Hernández M. *La promoción de la salud y la seguridad social*. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo; 1995.

16. Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *J Public Health Policy* 1992; 13(3):267-276.
17. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
18. Green LW. National policy in the promotion of health. *Int J Health Educ* 1979; 22:161-168.
19. Green LW. Current report: Office of Health Information, Health promotion, Physical Fitness and Sports Medicine. *Health Educ* 1980; 11(2):28.
20. Green LW, Iverson DC. School health education. *Annu Rev Public Health* 1982; 3:321-338.
21. Perry CL, Jessor R. The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse. *Health Educ Q* 1985; 12(2):169-184.
22. World Health Organization. Discussion document on the concept and principles of health promotion. Copenhagen: European Office of the World Health Organization; 1984.
23. Goodstadt MS, Simpson RI, Loranger P. Health promotion: A conceptual integration. *Am J Health Promot* 1987; 1(3):58-63.
24. Kar SB. Health promotion indicators and actions. New York: Springer; 1989.
25. O'Donnell MP. Definition of health promotion. Part III: Expanding the definition. *Am J Health Promot* 1989; 3(3):5.
26. Labonté R, Little S. Determinants of health: empowering strategies for nurses. Vancouver: Registered Nurses Association of British Columbia; 1992.
27. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996, Nov. 20, por la cual se define el plan de atención básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 1996.
28. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, DC: OPS; 1996. (Publicación Científica, 557).
29. McIntyre L. The evolution of health promotion. *Probe* 1992; 26(1):15-22.
30. Kickbusch I. Promoción de la salud: una tipología. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, DC: OPS; 1996. (Publicación Científica, 557).
31. Downie R, et al. Health promotion: Models and values. Oxford: Oxford University; 1990.
32. Petersen AR. Community development in health promotion: empowerment or regulation? *Aust J Public Health* 1994; 18(2):213-217.
33. Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, Fawcett S, Kegler M, Parker E, et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Educ Behav* 1998; 25(3):258-278.
34. Anderson R. Health promotion: An overview. Edinburgh: Scottish Health Education Group; 1984.
35. Green LW, Raeburn J. Contemporary developments in health promotion: Definitions and challenges. In: Bracht N (ed). Health promotion and the community level. Thousand Oaks: Sage; 1990.
36. Shiell A, Hawe P. Health promotion community development and the tyranny of individualism. *Health Econ* 1996; 5(3):241-247