

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

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'Donnell 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-

- 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 |
| | | Adopción de una conducta saludable | 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 |
| | | | 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 |
| Supresión de una conducta de riesgo | 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) | | |
| | Cambios favorables en los patrones de consumo de bienes y servicios | | |
| | Número de sujetos informados sobre la conducta de riesgo seleccionada y su alternativa | | |
| 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 | 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) |
| | | Creación de entornos saludables | Número y características de los grupos de interés conformados alrededor del control de un comportamiento de riesgo (grupos de apoyo) |
| | | | 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 |
| Supresión de riesgos ambientales | Metas logradas según lo previsto en el plan local de control de determinantes ambientales | | |
| | Metas logradas según lo previsto en el plan local de control de determinantes ambientales | | |

(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 |
| | | Participación amplia en el control | Porcentaje de representantes de la sociedad civil en los organismos de planeación y programación |
| | | | 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) | |
| | | | 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 | | |
| | | | Diseño de servicios de salud integrales | 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 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 | |
| | | | Financiación de los servicios de salud para reducir la inequidad | 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 | 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 | |
| | | | Productos obtenidos | Impacto |
| 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

généos, 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 abogaría 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 artifices 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*. Geneva: 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.

