

ESTILOS DE VIDA Y MODERNIDAD

Moisés Goldbaum (mgolbau@cce.usp.br)

Introducción

LA LITERATURA MEDICO -epidemiológica contemporánea presenta un gran volumen de publicaciones sobre el efecto de los estilos de vida y la modernidad sobre la explicación etiológica de las enfermedades y en su distribución en las diferentes poblaciones. La mayoría de los artículos publicados en las revistas internacionales al ocuparse, en particular, de las enfermedades crónicas, reflejan la tendencia moderna a encontrar en ese concepto los elementos para detener o disminuir la importancia creciente que continuamente ganan en nuestros días.

Esa relación de innegable relevancia ganó rápidamente espacio en la comunidad científica (traducida en la cantidad de investigación en desarrollo que busca conocimiento sobre el tema), así como en los diversos grupos y actores sociales y en especial, es intensamente divulgada por los medios de información periodística, comprendiendo la prensa escrita, oral y televisiva.

Ese hecho es fácilmente verificado por la existencia en esos medios, de secciones especializadas sobre el tema SALUD, en las cuales se publican resúmenes de los artículos mas recientes, seleccionados de las revistas científicas de circulación internacional, y se hacen comentarios de naturaleza evaluativa sobre los mismos, buscando inducir, a través de la validación científica, el cambio de comportamiento y hábitos de las personas. (Es interesante verificar que en nuestro medio latinoamericano, muchas veces es por esa vía que se toma conocimiento de publicaciones aún antes de que las revistas científicas sean recibidas por nuestras bibliotecas, lo que demuestra la importancia que la prensa le ha dado al tema). Se traduce, por otro lado, en la aprobación de leyes que restringen la utilización de productos, como por ejemplo el tabaco o el alcohol, en lugares públicos, o aún, la obligatoriedad del uso de cinturón de seguridad en la conducción de vehículos automotores.

El análisis del tema "Estilos de vida y modernidad" obliga a promover una discusión sobre el significado de cada uno de sus componentes, o sea, comprender el significado y el sentido inherentes a las concepciones del primer término y lo que subyace a la noción de modernidad, principalmente cuando en estos días se habla ya de post-modernidad. Implica también identificar el momento de su emergencia e incorporación como categoría epidemiológica, y, por lo tanto, como elementos explicativos de la situación de salud experimentada por poblaciones humanas.

Vale aquí la advertencia de que el análisis propuesto estará restringido, en gran medida, a los aspectos médico-epidemiológicos, lo que significa una mirada mas dirigida al campo de la salud como tal, y una incursión más superficial sobre los aspectos sociológicos y/o económicos de la cuestión. Si por un lado eso puede resultar en una pérdida de comprensión más global del tema, no dejará de contemplar la interpretación de la lógica o de los mecanismos que justifican la construcción de esos conceptos y el sentido de la

operacionalización de los instrumentos de intervención que ellos promueven y justifican. De la misma forma se intentará contemplar los diversos significados que ha asumido el concepto de estilo de vida, lo que implica, según su amplitud, mayores o menores posibilidades de propuesta de mecanismos de intervención sobre la salud. Eso se impone, pues muchas veces en la literatura, en especial la médica, en su gran mayoría entiende ese concepto como sinónimo de hábitos o formas de comportamiento humanos, pasibles, por lo tanto, de una intervención más dirigida y orientada. En ese sentido, se puede recurrir a por lo menos dos artículos que estudian el tema (Backett, CB. y Davison. , 1995, Jhoanson, M y Larson, UL. , 1995)

En esos trabajos quedan claras por lo menos algunas posibilidades de definición del concepto. *"...Marx vio los estilos de vida como un producto superestructural de la posición en la estructura de clases definida económicamente. Veblen describió como la "clase ociosa" podía definirse por aspectos de su estilo de vida. Sin embargo, el concepto fue manejado especialmente por Weber quien enfatizó la importancia del "estilo de vida" en la evolución y mantenimiento de los grupos de status. Como ha señalado Abel,: "Weber enfatizó el estilo de vida como una forma de diferenciación social"...En sus conceptualización os dos componentes básicos del estilo de vida eran las condiciones estructuradas, (expresadas por Weber como las "oportunidades de vida") y las opciones personales (expresadas como "conducta en la vida"). En la teoría clásica, por lo tanto, estilo de vida indica un patrón interrelacionado de conducta para el individuo, una expresión de pertenecer a un grupo dado, y cierta sugerencia de oportunidades de vida estructuradas ."*

SOBRE LA SITUACIÓN DE SALUD

El desarrollo de las sociedades experimenta alteraciones substanciales en el nuevo orden social y económico, e influenciado por los avances ofrecidos por el sector científico y tecnológico, se observan sobre todo su acción en los perfiles de enfermedad y nivel de salud. Recurriendo al concepto de "transición epidemiológica" (TE), puede presentarse una primera descripción de estos perfiles, recordando que ella es objeto de análisis de otro documento incluido aquí. A pesar de las críticas que se puedan hacer a las nociones invariablemente derivadas de este concepto, (TE) o sea, que el camino a ser recorrido por las sociedades será linealmente paralelo al observado en los países avanzados, igualmente permite una descripción aproximada de la situación de salud vivida por los diferentes países.

Las primeras descripciones registradas de los patrones de mortalidad de la humanidad, que coinciden con la emergencia de las Estadísticas Vitales en los países europeos, en el siglo XVIII (Almeida,F. NA:, 1993), muestran una época de alta frecuencia de mortalidad por enfermedades de naturaleza infecciosa y epidémica, constituyéndose esas por lo tanto en las grandes preocupaciones de aquel período, lo cual era un reflejo de los patrones existentes de organización en la sociedad. Las teorías de transición epidemiológica revelan que en las sociedades modernas se operan espectaculares transformaciones que redundan , en la expresión de Terris, en la Primera Revolución Epidemiológica, con el control y disminución substancial de esas enfermedades, determinado por los avances proporcionados por el advenimiento de las vacunas, los antibióticos, y los cambios en las condiciones de vida. en particular. el saneamiento. Así. de aquel patrón dominado por las enfermedades

infecciosas, los países centrales pasan a experimentar , en los últimos tiempos, un nuevo patrón en el cual son mas prevalentes e incidentes las enfermedades de naturaleza no infecciosa o no transmisible, en especial las enfermedades cardiovasculares y los cánceres. Mas recientemente se unen a éstas las debidas a causas externas, especialmente los accidentes con vehículos a motor y los homicidios (Laurenti, R., 1990). A ello se agrega, a semejanza de los que ocurre en otras partes del mundo, las nuevas enfermedades, nuevos desafíos como el SIDA, y las nuevas enfermedades emergentes que se implantan en su plena dinamicidad.

Junto a este cambio del perfil epidemiológico, que acompaña y se explica en la Historia de cada sociedad, algunas otras características pasaron a ser más evidentes. Con la consolidación de la Epidemiología como disciplina específica, a fines de siglo XVIII (Almeida, F NA., 1993), se identifica mas sistemáticamente que los patrones descriptos no observan, al interior de cada formación social, una supuesta regularidad en las manifestaciones del proceso salud-enfermedad. Ya desde la remota antigüedad se registraba que los diferentes grupos sociales padecían, desigualmente, en el proceso salud-enfermedad. En el siglo XIX, diversos autores, representando diferentes concepciones, hacían descripciones dramáticas de la situación sanitarias de sus épocas, mostrando las desigualdades existentes frente a las condiciones de vida. En Inglaterra, Chadwick y Engels, en los Estados Unidos, Shattuck, Griscom, Smith y otros, cada uno a su modo, discurrían sobre las precarias condiciones en que vivían segmentos significativos de la población y sobre las repercusiones que ellas causaban en términos de su morbi-mortalidad (Rosen, G., 1994). En esos casos de alta mortalidad infantil y materna, de mortalidad general, altas frecuencias de enfermedades notificables, como fiebre tifoidea, difteria, tifus exantemático, tuberculosis, entre otras, se encontraba terreno propicio para marcar su presencia en los grupos de baja renta, lo que los exponían, en consecuencia, a situaciones desfavorables de vida, como "la sobrepoblación de los edificios de alquiler,... la deficiencia de luz y ventilación imperfecta, las impurezas de la economía doméstica, los alimentos y bebidas dañados, el saneamiento insuficiente, la falta de limpieza en las calles..." (Rosen, G., 1994).

Esa desigualdad en la distribución de las enfermedades va despertando mas acentuadamente, en los últimos tiempos, la atención de los profesionales de la salud, que, al intentar describirlas, buscan su expresión y explicación en las inequidades sociales y de ahí trazar la situación de salud de las diferentes sociedades y poblaciones. Un ejemplo de ello es el análisis promovido por un grupo designado por el gobierno inglés que, aunque no fue subscripto por el Secretario de Estado, revela, en detalles, las desigualdades encontradas en Gran Bretaña. El documento publicado en 1980 (DHSS, 1980) muestra las diferencias de mortalidad por causa y grupo etario entre las 5 clases sociales (basadas en nivel de calificación) que componen, según los autores, la sociedad inglesa. Buscan una explicación y la remiten a las diferentes condiciones materiales de vida de cada una de esas clases. Morris, 10 años mas tarde, o sea en 1990, analiza ese informe, sus vueltas y seguimiento, reafirma la descripción hecha y concluye sus observaciones evaluando la situación actual inglesa de la siguiente manera: "La investigación muestra que las inequidades en mortalidad, con tasas inaceptablemente altas para los pobres, continuará y puede dudarse que Inglaterra alcanzará los objetivos de la OMS (de la que es signataria), de reducir las desigualdades en 25% durante la década del 90. (Morris, JN., 1990).

Recientemente, en Europa, La Organización Mundial de la Salud promovió una reunión sobre Inequidades en Salud (Ilsey, R., 1990), buscando subsidios para el establecimiento de equidad en salud y acceso igual a los servicios. dentro de los propósitos de Salud para

Todos. Adoptando diversos criterios, se pudieron describir cuadros en los cuales se verificaban diferencias en la forma de enfermar según la composición de los grupos sociales, frecuentemente expresadas como "clases ocupacionales". En el proceso de discusión y conducción de los estudios que comprendió el análisis sobre mortalidad y morbilidad, se identificó la distribución desigual de enfermedades y/o agravios a través de la estratificación de las poblaciones por varias categorías de análisis: tales el nivel de salario, desempleo, minorías étnicas, y composición familiar. Identificaron además que las diferentes composiciones poblacionales construidas a partir de otras variables, tales como pertenencia al Seguro Social, o gastos en salud, componían elementos importantes en la definición de la distribución desigual de las enfermedades. Llegan a la conclusión de la necesidad de mejorar los sistemas de información, y especialmente de la necesidad de trabajar profundizando los indicadores de situación social, hoy día basados casi exclusivamente en categorías ocupacionales, y que merecen mayor refinamiento para explicar las diferencias encontradas en la distribución de las enfermedades. Como será evidente en el transcurso de este trabajo, raramente esas categorías se consideran para entender y explicar la categoría estilo de vida.

Wilkinson (Wilkinson, RG., 1994) y Marmot (Marmot, MG., 1994), el primero analizando la transición epidemiológica y el últimos las diferencias sociales en / entre poblaciones, agregan datos sobre sus realidades nacionales. Promueven una revisión mostrando que la relación entre riqueza y salud no guarda una linealidad estrecha, principalmente en los países ricos, y sugieren que es posible que factores psico-sociales expliquen la mayor mortalidad entre aquellos comprendidos por el fenómeno que conceptualizan como "privación relativa". En la búsqueda de respuestas para la mayor frecuencia de enfermedad cardiovascular y cáncer entre los pobres, identifican, además de la dieta y el hábito de fumar, algunas variables como: "menor conciencia en el control del trabajo, menor calificación en el trabajo, participación deprimida en las complejas relaciones de producción y menor capacidad de control sobre la salud." Llamaron la atención en su análisis sobre las diferencias en la situación de salud, y que estas no se refieren solamente a los extremos entre ricos y pobres, sino que observan sistemáticamente un gradiente en la posición de los grupos en la población, llegando a la conclusión que en la reducción de las inequidades pueden ser fundamentales el pleno trabajo y empleo, la renta digna y adecuada y un ambiente social donde imperen las buenas relaciones sociales.

El análisis de la situación de salud es objeto de interés de varios organismos internacionales, que procuran identificar y construir indicadores más o menos complejos que expliquen o justifiquen la ocurrencia diferenciada de situaciones de salud distintas en las poblaciones. En general, algunos trabajos generados a partir de esas líneas han procurado reconstruir las formas de medir la pobreza y a partir de ellas explicar la presentación del proceso salud-enfermedad. En varios países de América Latina se pueden encontrar trabajos que siguiendo esa línea trabajan la pobreza en términos de un indicador propuesto por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), denominado "Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI". Lemus (Lemus, J., 1992) e la Argentina y Núñez (Núñez, N., 1994) en Venezuela muestran el comportamiento de la mortalidad infantil, de la mortalidad de 01 a 04 años, de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, reafirmando que los niveles de carencia social (definido por densidad intra domiciliaria, presencia de agua tratada y de saneamiento, escolaridad y nivel de renta) determinaban, en la medida de su mayor o menor frecuencia, una relación en la frecuencia de su variable dependiente: la mortalidad estudiada. Entienden esos autores que esas descripciones son concluyentes para reorientar o redirigir el aporte de recursos financieros

destinados a atender las necesidades sociales , buscando de esa forma, minimizar esas carencias y , en consecuencia, eliminar sus consecuencias y manifestaciones.

En Sao Paulo, concomitantemente en Accra- Ghana, se realizó un estudio que sigue la misma línea y orientado por la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Stephens, C.,1994). A partir de la construcción de "puntajes", definidos por la presencia de agua de buena calidad, condiciones de habitación , nivel de renta, nivel de escolaridad, destino de los desechos y mortalidad infantil, pudieron verificar una perfecta relación inversa entre calidad de vida y frecuencia de enfermedades o muertes de cualquier causa, hecho ese que ya había sido descrito en la década del 70, en Sao Paulo. Así, se observó que había áreas en las que la calidad de vida era mas precaria , y que se acompañaban en una relación linear, de índices mas elevados de mortalidad en edades mas precoces y por enfermedades infecciosas. Se observó que esas poblaciones presentaban, igualmente, un doble tributo a la morbi-mortalidad, en la medida que presentaban en forma concomitante, altas tasas de enfermedades crónicas y por causas externas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de dos documentos, trabajó ese objeto, buscando establecer algunos indicadores y explicaciones sobre la situación de salud basada en las condiciones de vida de las poblaciones. El primero de ellos, (Castellanos, PL:, 1992), al discutir un modelo integral de condiciones de vida, identifica la determinación de los perfiles de salud en cuatro grandes dimensiones del proceso de reproducción social:

"- La dimensión de los procesos predominantemente biológicos. Del potencial genético y la capacidad inmunológica.

- La dimensión de los procesos predominantemente ecológicos. Medio ambiente residencial y laboral.

- La dimensión de los procesos reproductivos de las formas de conciencia y de conducta. Determinantes culturales. Hábitos y formas de conducta. Estilos de vida individuales y colectivos

- La dimensión de los procesos predominantemente económicos. La forma de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Cada una de estas dimensiones tiene un carácter dinámico que viene dado por su articulación con el proceso general reproductivo de la sociedad, y por el propio "conflicto" interno que se establece en cada dimensión entre el impacto de los procesos reproductivos y las acciones de respuesta compensatorias. El balance se expresa en problemas (o ausencia de ellos) de salud y bienestar"

Como desdoblamiento de ese trabajo, la OPS propone la construcción de un indicador de carácter global como explicativo de las situaciones de salud y se refiere a la medida del acceso al desarrollo social, tomando la denominación "Indicador global de accesibilidad al desarrollo social acumulado" (IGADSA), que procura expresar "la accesibilidad acumulada históricamente, antes que los cambios de carácter coyuntural". Construido tomando como base cinco dimensiones (potencial de acceso acumulado a servicios básicos de salud; a recursos económicos; al sistema educativo; a nutrientes; y a saneamiento básico residencial) permite clasificar a los países. a través de ese indicador v relacionarlo con otro ("Brechas

Reducibles de Mortalidad – BRM") que permite cuantificar el exceso de mortalidad presentado por los diferentes países, siguiendo el orden de ese indicador global de accesibilidad. (OPS, 1994).

Todos los trabajos citados, al incorporar la situación de salud como su objeto de interés, buscan explicaciones para las desigualdades existentes. Desde aquellos basados en las teorías de transición epidemiológica a aquellos, como los últimos, de naturaleza más "integral", colocan, en última instancia, la cuestión de la pobreza como determinante principal de las diferentes situaciones de salud de las poblaciones, o sea, promueven una "nueva" relectura de ella, buscando interferir o influir en la distribución de los recursos financieros para atender mejor los problemas de salud, localizados en la numerosa parcela "menos protegida" de la sociedad.

SOBRE EL ESTILO DE VIDA

El principio que orienta la utilización del concepto de estilo de vida en salud y sus relaciones con la ocurrencia de enfermedades es determinado principalmente por las formas como la metodología epidemiológica organiza su pensamiento con respecto a la causalidad de las enfermedades. El transcurso histórico de las transformaciones que marcaron el pensamiento causal en Epidemiología permite entender el movimiento hegemónico existente en la disciplina y que hace, con frecuencia, referirse al estilo de vida como patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas, transformándolo o confundiéndolo con los denominados factores de riesgo, elemento central de la Epidemiología actual.

Las bases para la emergencia y consolidación de la Epidemiología como disciplina científica, se remontan a fines del siglo XVIII y el siglo pasado. La época que marca el proceso de consolidación y afirmación del capitalismo como modo hegemónico de producción económica, ve en la Industrialización y Urbanización las grandes repercusiones visibles de su transformación social. El nuevo orden creado pasa a exigir el mantenimiento de la integridad de grandes masas de población, sea para garantizar la expansión de territorios, ya iniciada en el período anterior, sea para garantizar la acumulación de riqueza, a través de guerras o a través del aumento de la productividad intensiva.

Como resultado de esa nueva organización social, un nuevo (no necesariamente nuevo desde el punto de vista de su presencia) espectro la amenaza; las epidemias pasan a ganar renovada importancia, por lo menos económica, dada sus características destructoras del contingente humano. Reflejan las precarias condiciones de vida a que son sometidas las mismas grandes masas de población y que favorecen la diseminación y expansión de las enfermedades de naturaleza infecciosa.

Generan y crean la necesidad del establecimiento, en primer lugar, de la contabilización de las enfermedades, así como de las muertes (nacimiento de las Estadísticas Vitales), y como consecuencia "producen" la necesidad del desarrollo de estudios que expliquen los determinantes de su ocurrencia. (nacimiento de la metodología epidemiológica), cuya gran expresión - una de ellas - se encuentra en los excelentes trabajos sobre cólera de John Snow (Snow, J., 1990)

En esa época, cuando las explicaciones sobre la ocurrencia de enfermedades estaba aún basada en la teoría de los miasmas, las impurezas intelectuales, las implicancias mágicas, o sea, eran compatibles con el conocimiento científico existente, emerge o se configura la Epidemiología, como disciplina científica moderna, asentada en las teorías bacteriológicas (a través de agentes animados, los microorganismos) o basada en las agresiones del medio ambiente (agentes inanimados, físicos o químicos). Se consolida la disciplina, ahora en explicaciones fundadas en la existencia de elementos concretos, aislables y perfectamente visibles al ojo humano. Mientras tanto, desde la perspectiva del paradigma explicativo se mantiene amparada en modelos unicausales, reductibles a funciones lineares simples de las matemáticas. (Almeida, F. NA., 1992).

Vale aquí señalar el desarrollo, en la época, de corrientes distintas en busca de la explicación de la ocurrencia de enfermedades, y por lo tanto, en el establecimiento de estrategias de intervención sobre la salud coherentes con las necesidades socialmente propuestas. Por un lado, movimientos conducidos por nombres como, por ejemplo, Virchow, que proponía la explicación social en la determinación de las enfermedades, elaboradas en las bases de la Patología Social, cuyo debate más intenso tomó cuerpo en algunos países europeos, como Alemania. Algunos principios específicos orientaban esas corrientes de pensamiento.

Un trecho transcrito del texto de Rosen (Rosen, G., 1994) da una buena idea de los mismos: *" En el primero (de los principios) se consideraba la salud del pueblo de interés social directo; la sociedad tiene la obligación de proteger y asegurar la salud de sus miembros; en el segundo, se afirmaba que las condiciones sociales y económicas ejercen un efecto importante sobre la salud y la enfermedad, y que hay necesidad de someter esas relaciones a investigación científica. Virchow, por ejemplo, concebía el alcance de la Salud Pública lo más ampliamente posible e indicaba como una de sus principales funciones el estudio de las condiciones de vida de los varios grupos sociales y la determinación de sus efectos sobre la salud; en base a ese conocimiento sería posible actuar. Por fin, el principio consecuente dice que los pasos para promover la salud y combatir la enfermedad deben ser sociales y médicos"*

Constituyéndose en los elementos precursores de las concepciones de la Medicina Social contemporánea a nuestros días, su efectiva operacionalización no correspondió a las amplias concepciones de orden teórico que promovió, y no se hizo presente en la sociedad, tal como el movimiento del Sanitarismo, cuyas expresiones operacionales están en las acciones de la tradicional Salud Pública. Por el contrario, en vez de componerse y complementarse con ella, fue "subyugada" y, de cierta forma, incapacitada de desarrollarse plenamente.

Junto a la corriente anterior, el Sanitarismo lanza sus bases, exclusivamente, en torno a las espectaculares y grandes conquistas científicas originadas en la Microbiología. Al develar los "misterios" de los microorganismos, aislándolos e individualizándolos, fenómenos antes solo imaginado quiméricamente (sino negado por muchos), proporciona el retorno vigoroso de los paradigmas explicativos (de unicausalidad), cuyas funciones matemáticas lineales simples se aplican a las perspectivas oriundas de las enfermedades de prevalencia importante y reconocidas como socialmente relevantes en aquel período. Es el momento en que corrientes de pensamiento luchaban por la naturaleza exclusivamente biológica de la ocurrencia de las enfermedades y se consagra el modelo pasteuriano de pensar en ellas: "para cada AGENTE existe una ENFERMEDAD, y por lo tanto una VACUNA". Como expresa Barreto (Barreto. ML.. 1990): *"con el descubrimiento del*

microbio y la definición de que los agentes etiológicos específicos eran la causa de enfermedades específicas, todo el conocimiento epidemiológico acumulado hasta entonces sobre los factores relacionados con la ocurrencia de las enfermedades y su determinación social sufre un retroceso. Es necesario enfatizar que este es el momento de afirmación del positivismo, el que ejerce influencia sobre todos los sectores de la vida social. En el plano científico, los trabajos de Claude Bernard definen las bases de la investigación experimental en las ciencias biológicas, disminuyendo la importancia de disciplinas con predominio observacional como la Epidemiología. En ese escenario, se consolida el concepto de unicausalidad –para cada enfermedad, un agente específico. Las explicaciones multicausales no encuentran eco y la determinación social se rechaza totalmente”.

En la evolución social, por cuenta de la transición epidemiológica, surgen nuevos problemas para los cuales la epidemiología dirige su mirada.. La complejidad de esos problemas emergentes lleva a la generación de modelos explicativos más complejos que pasan a experimentar adaptaciones y adecuaciones importantes. El reconocimiento de esa situación se hace con el surgimiento de nuevos patrones epidemiológicos, tal como se ha señalado antes, cuyas expresiones se denotan con la presencia notoria de las enfermedades crónicas (especialmente las cardiovasculares y los cánceres) y, mucho mas recientemente, las causas externas y el SIDA.

Eso remite a la necesidad de promover una revisión de aquellos modelos, incorporando la noción de que la explicación de la ocurrencia de enfermedades basada únicamente en el microorganismo o agente físico-químico, a pesar de ser necesaria, no se muestra completamente suficiente. Se plantean otras variables, entre las cuales las de cuño social, transformada, sin embargo, en atributos personales. La presencia de un microorganismo o de un agente físico / químico en forma aislada no permite explicar integralmente la ocurrencia de enfermedades. Facilitadas por las innovaciones tecnológicas, como la computación electrónica, a esa nueva realidad se ofrecen las explicaciones basadas en modelos de multicausalidad, a las expresiones operacionales derivadas de ellas, para la aplicación en programas de control de la salud: es suficiente aquí destacar y citar el modelo de Historia Natural de la Enfermedad, (Leavell, H., 1976), estableciendo planos o niveles de prevención de enfermedades como fenómenos naturales, así como el de Dever que procuró reorientar la administración de servicios de salud (Dever, GEA., 1988), introduciendo en esta última el razonamiento epidemiológico.

Asentadas anteriormente en funciones lineales simples, las explicaciones se transforman ahora en funciones lineales complejas, y a pesar de ofrecer interpretaciones mas abarcativas, no superan en esencia la matriz de los modelos unicausales, en vista de que , desde la óptica epidemiológica mantienen la noción de externalidad y en determinadas situaciones, en las cuales hay una asociación específica y concomitancia de variables, se crean las condiciones para la ruptura del equilibrio biológico (salud / normalidad) para el surgimiento del disturbio del organismo humano (enfermedad/ anormalidad).

Es en esta situación que deben comprenderse, desde una visión estricta de la metodología epidemiológica (no significa que se pueda aplicar a otros campos de estudio), los conceptos de estilo de vida que como resaltamos marca la vida moderna y post-moderna.

Su comprensión, tal como se la utiliza por nuestros estudiosos, se confunde con la noción de riesgo v factores de riesgo. llegando a significar en ciertas circunstancias la

enfermedad en sí, de manera que "ser portador de un factor de riesgo, o pertenecer a un "grupo de riesgo" tendrá el mismo efecto que cualquier señal clínica..." (Almeida, F. NA., 1992). Eso es notorio cuando en el citado trabajo de Dever , se afirma que el estilo de vida es un "riesgo autocreado "en el campo de actividades de placer, participación en el empleo y exposiciones ocupacionales y en los patrones de consumo. Nos permite, por ahora, trabajar con su significado mayor y mas frecuente, o sea como hábitos o conductas atribuidos a las personas, constituyéndose la revisión del concepto, desde ya, en un desafío a ser enfrentado en investigaciones sobre salud.

SOBRE ESTUDIOS DE ESTILO DE VIDA Y REPERCUSIÓN EN LA SALUD

Una revisión no sistemática de los estudios médico-epidemiológicos volcados al objeto "estilo de vida", muestra una diversidad de abordajes, de metodologías y, en consecuencia, de conclusiones, siendo estas últimas, sin embargo, invariablemente del mismo sentido y dirección. Se asiste , a veces, a polémicas que derivan , tal vez, de la voluntad y entusiasmo con que los investigadores se lanzan sobre los problemas, véase, por ejemplo, la reciente polémica sobre el uso de beta-caroteno como factor protector del cáncer de pulmón.

La producción latinoamericana de repercusión internacional, es especialmente pequeña y poco expresiva en este campo (Pellegrini, A., Goldbaum,M., y Silvi, J., 1995), como ya ha sido señalado. En esta oportunidad, todo análisis deberá basarse en la literatura internacional "de peso", entendiendo que ésta es extensible a la realidad latino, por lo menos en aquellos aspectos más tradicionales que marcan la comprensión del estilo de vida (como tabaquismo, dieta, actividad física y "stress", en su concepción estrictamente biológica). Esa decisión se refuerza con la idea de que las diferencias eventualmente encontradas, deben manifestarse solamente en términos de intensidad y no desde la perspectiva de relación , que como se ha aclarado, se refiere a la acción de los estilos de vida como factores de riesgo, tal como se lo entiende y maneja en la metodología epidemiológica .

LOS FACTORES DE RIESGO (estilo de vida)

Un primer grupo de trabajos intenta, a través de diferentes procedimientos mostrar como se comportan diferentes grupos de población frente a los tradicionales patrones de estilo de vida. Uno de ellos, (Nagem, JR., Passannante, MR, y Forester, JD., 1990), muestra el comportamiento, creencias y prácticas de prevención de enfermedades entre alumnos de escuelas de ciencias de la salud de New Jersey. Revelan datos minuciosos sobre ellos: 99% conocía su nivel de presión arterial, 68% practicaba deportes, 78% utilizaba cinturones de seguridad; mientras que 10% eran fumadores, 3% alcohólicos y 10% ya había conducido vehículos de motor estando alcoholizados; 77% no conocía su nivel de colesterol, y entre las mujeres, 81% se hacía exámenes de mama, y 79% exámenes pélvicos y 14% de ellas nunca se sometieron a pruebas de Papanicolau.

A pesar de ser un grupo bastante seleccionado, despiertan el optimismo de los autores, que extraen algunas conclusiones mostrando ser ese un grupo que en líneas generales, atiende las orientaciones de prevención y control de los hábitos personales no saludables. A pesar de presentar buenos índices de hábitos saludables (lo que es discutible. teniendo en

cuenta el 3% de consumidores excesivos de alcohol), se identifica que pueden y deben mejorar; de igual manera, no confirma la máxima "haz lo que yo digo, no lo que yo hago", o sea, esos alumnos, - futuros profesionales- se constituyen en actores apropiados para difundir las nociones de hábitos y conductas saludables.

Otro trabajo, al investigar el uso de cinturón de seguridad (Hunt, DK., Lowenstein, SR., Badgett, RG., y Steiner, JF., 1995) analiza el comportamiento de pacientes de una clínica médica general y constata que, entre los respondientes, 54% no utilizaban el cinturón de seguridad, y llega a la conclusión de la existencia de un "cluster" (conjunto) de exposición a riesgos. Entre esos se encuentra una frecuencia elevada de alcohólicos, obesos e individuos de baja renta (OR ajustado= 1.8-2.0), o sea que identifican que las conductas insalubres tienden a acumularse en las mismas personas y, curiosamente, afirman que los médicos rara vez aconsejan a sus pacientes el uso de cinturones de seguridad.

El análisis del comportamiento de grupos expuestos a determinados riesgos generó dos publicaciones que pueden ser así resumidas. Entre los tomadores de café, comparados con los tomadores de té, se verificó que los primeros estaban asociados al mayor consumo de cigarrillos, de fuentes de grasas, así como a menor consumo de frutas frescas, jugos de frutas y agua mineral, y también, con menor actividad física que los bebedores de té. Llegan a la conclusión que, a pesar de no poder afirmar el efecto de los dos productos en la generación de enfermedades cardíacas, los bebedores de café están más asociados a factores que las favorecen, contrariamente a lo observado entre los tomadores de té (Shwartz, B., Bischof, HP., y Kunze, M., 1994).

El mismo ejemplar de revista presenta un artículo en el cual se hace un estudio de una muestra transversal randomizada de fumadores y no fumadores y se concluye que los fumadores tienen un conocimiento más precario sobre hábitos dietéticos, así como sobre modificaciones de riesgos personales de enfermedad coronaria o intención de mejorar su estilo de vida. Entre otras observaciones, sobre el consumo de sal, de vitaminas antioxidantes, consumo de dietas ricas en grasas saturadas y alcohol, sugieren que los fumadores, además de consejos sobre tabaquismo, precisan ser reeducados para mejorar su dieta, proclamando el consumo de frutas frescas y vegetales (Woodward, Bolton Smith y Tunstall-Pedoe, 1994). Corroboran igualmente, la posición del grupo de investigadores que emplean la noción de asociación de riesgos, o la sumatoria de factores (clusters), como ya se ha mencionado.

Un estudio realizado entre finlandeses (Pattala, K., Karisto, A., y Berg, MA., 1994) mostró al analizar las características de estilo de vida relacionadas con la salud (tabaquismo, actividad física, alcohol y consumo de alimentos), una asociación (cluster) de esas características en grupos de 3 o 4 de las mismas. Asocia el comportamiento poco saludable al nivel de educación y verifica que los fumadores están consistentemente ligados a otros comportamientos no saludables, o sea, cualquiera que sea la asociación de elementos, el tabaquismo está siempre presente. Los autores afirman literalmente que, en una de sus conclusiones, "smoking might be the gateway to an unhealthy lifestyle in general".

Por esos trabajos se puede verificar que el estilo de vida se resume a algunos grandes hábitos / conductas , a saber: tabaquismo, alcohol, actividad física, dieta. NO se ocupan de los aspectos culturales, sociales, y económicos que pueden estar influenciando esos patrones de comportamiento y hábitos, revelando, sin embargo , que cuando uno de ellos está presente, la probabilidad de que los otros le acompañen es elevada.

SOBRE ALGUNAS ENFERMEDADES

La mayoría de los trabajos publicados presenta diferentes orientaciones, sea volcadas a las conductas clínicas, o sea de intervención más dirigida al individuo, sea a conductas más epidemiológicas, y por lo tanto, para la intervención sobre grupos poblacionales.

La selección de algunos trabajos más recientes permite observar las tendencias de estudio en el establecimiento de normas para los cuidados de pacientes con algunas de estas enfermedades.

Enfermedad cardiovascular (ECV)

En una revisión sobre el control de la enfermedad coronaria, Simon (Simon, HB., 1994) propone que el control de los pacientes exige la intervención médica y el cambio de estilo de vida. Así, discurre sobre la necesidad de estimular la práctica de ejercicios regulares y orientados, de aconsejar vigorosamente evitar el contacto con el tabaco y de buscar mantener un peso corporal ideal. Se detiene a analizar en detalle, aspectos nutricionales que merecerían contemplarse para alterar la alimentación de los pacientes.

Una visión clínica - laboratorial de la ECV, especialmente de la enfermedad coronaria, al discutir sobre que se entiende como factores de riesgo modificables (tabaco, hipertensión, colesterol elevado, reducción del HDL y diabetes), y factores de riesgo no modificables (edad, género y factores hereditarios), prescribe una actuación agresiva en el control de los factores plasmáticos, junto a ejercer una intervención radical buscando la prevención primaria de la ECV, a través del control de aquellos factores ya señalados: tabaquismo, dieta, actividad física y agregan un espacio para los que denominan tranquilidad psicológica (Genest, Jr J. y Cohn, JS., 1995).

Otros estudios volcados a la enfermedad coronaria reproducen prácticamente la misma matriz de análisis y se restringen casi exclusivamente a trabajar ese conjunto de factores con una sistemática similar. Buscan, como en un trabajo en Bahreim (al Roomi, KA, Musaiger, AO., y al-Awadi, AH., 1994), hacer comparaciones entre grupos de personas que tuvieron un episodio de infarto de miocardio (IM) y un grupo control. Muestran que hay una diferencia estadísticamente significativa con relación al tabaco, inactividad física, hipertensión arterial, diabetes y consumo bajo de frutas y vegetales, evidentemente mayor en el grupo de IM. En la República Checa (Rosolva, H., Simon, J., y Sefrna, F., 1994), acompañando a 3540 hombres sin señal de ECV, se verifica que hay un riesgo mayor: mortalidad general relacionada con la edad, tabaquismos, presión arterial sistólica elevada, niveles de colesterol sérico, peso corporal e historia familiar; el IM está relacionado con la edad, el tabaquismo y los altos niveles de colesterol. Confirman y reiteran los hallazgos previos, profundizando la noción de estilo de vida ligada a conceptos de factores de riesgo.

Cuando se trata de analizar la ECV, los diferentes estudios, a pesar de que no se haya hecho una revisión exhaustiva y sistemática, muestran una coherencia y concordancia extremas implicando la idea de factores de riesgo comunes a cualquier población. Al asumir la estrategia de alto riesgo, como es el caso, no se detienen a discutir las tesis de Rose (Rose, G., 1988), que la acepta como ventajosa en la perspectiva del individuo ya reconocido como de alto riesgo, pero no así al trasladarse a la población general, donde predominan, como es natural, individuos no expuestos al conjunto de factores de riesgo.

Hipertensión arterial (HA)

Algunos estudios seleccionados sobre hipertensión y estilo de vida, muestran algunas características semejantes a aquellas mostradas en el capítulo de ECV. Tres de ellas son de interés clínico-epidemiológico, y muestran diferentes perspectivas en el manejo de esa enfermedad. En la comparación entre el nivel, o mejor aún, entre las frecuencias de HA entre dos grupos de mexicanos, se observa una menor tasa entre aquellos que mantienen sus "raíces", en comparación con los mexicano-americanos. Trabajan con la hipótesis de que esa diferencia debe buscarse en algunos elementos del estilo de vida menos moderno de los mexicanos pobres de la ciudad de México, como: mayor actividad física, menor tasa de obesos y menor ingesta de alimentos con altas tasas de grasa y carbohidratos (Haffner, S., Gonzales Villapando, C., Hazuda, HP., Mykanene, L y Stern, M., 1994).

La Clínica Mayo desarrolla un programa de HA , en el cual para cumplir las orientaciones de modo radical y efectivo encuentra en los grupo de profesionales multidisciplinarios, la mejor indicación para conducir adecuadamente el seguimiento medicamentoso de los pacientes, así como para modificar y garantizar la adopción de estilos de vida saludables, generando así menores tasas de mortalidad (Shultz, JF., y Sheps, SG., 1994).

En el campo de la hipertensión relacionada con accidentes cerebro-encefálicos, un estudio se pregunta sobre las diferencias étnicas entre negros y blancos. Se conoce la mayor frecuencia de esos eventos en la población negra. Ese trabajo se pregunta sobre las características que se han apuntado para explicar ese hecho, y, al describirlas, coloca en duda el poder explicativo del estilo de vida, del acceso a los servicios de salud, de las características genéticas, de la capacidad de respuesta a la medicación (Alter, M., 1994) No encuentran, por lo tanto, respuestas tanto en el análisis de las cuestiones clínicas como en el estilo de vida.

A pesar de que esos trabajos puedan no representar el universo de las cuestiones que rodean a la hipertensión arterial, puede verificarse , a través de los mismos, que por lo menos desde la perspectiva clínico- epidemiológica la adopción de la noción de estilo de vida se refiere a conductas, pasibles de ser trabajadas en el plano de la intervención médico-clínica.

Cánceres

Un grupo de investigadores ingleses acompaña desde hace mas de veinte años, una cohorte de médicos británicos y desde entonces ya son clásicas sus conclusiones. Derivado de sus observaciones muestran la estrecha asociación entre el hábito de fumar cigarrillos y la mayor mortalidad por cáncer de pulmón en el grupo de fumadores. Encuentran, además de eso, asociación con otras situaciones en ese grupo, como por ejemplo, mayor mortalidad por ECV (Doll, R., y Peto, R., 1994). Otros tantos trabajos muestran la misma asociación, de tal forma que ya se la acepta de modo inequívoco. Además la convicción de esa concepción es tal, que genera un movimiento social que cambia completamente los conceptos sobre el tabaquismo, pasando de un símbolo de "status" para ganar connotación, hoy en día, de vicio, semejante al de las drogas psicoactivas ilícitas.

El tabaquismo se ha estudiado sistemáticamente como elemento causal de todos los cánceres v también de un importante conjunto de enfermedades. como la ECV. Junto a la

más diversa multiplicidad de factores alimentarios como el café y los vegetales, representa hoy el interés principal de los investigadores de este tema. En cuanto al tabaco, se apunta hoy a su carácter nocivo incluyendo al fumador pasivo, que presente a veces, mayor riesgo de desarrollo de enfermedades que los fumadores mismos. El análisis comparativo de mujeres con esposos fumadores y no fumadores, a propósito de un estudio de naturaleza nutricional, muestra que estas últimas tienen mejores condiciones de salud (envejecimiento precoz, hábitos no saludables, dieta) y de condiciones de vida (nivel educativo, vivienda) (Matanoski, G., Kanachanaraska, S., Lantry D., y Chang, Y., 1995), suponiéndose más de una vez que es el tabaquismo un elemento determinante y trazador de hábitos y conductas poco saludables.

En relación con algunos cánceres en general, los estudiosos dirigen su atención a factores de riesgo, algunos de ellos aún no bien esclarecido. Entre ellos se relacionan aspectos referentes a la alimentación, evidentemente el tabaquismo y la exposición a sustancias químicas y radiaciones (Koifman, S., 1995), estas últimas remiten, principalmente, a las condiciones de vida y trabajo.

Violencia (causas externas)

Las causas externas ganan cada vez mayor importancia, sea por su presencia en sí, sea por sus consecuencias que se reflejan en las tasas de morbimortalidad generadas. En algunos países, como es el caso del Brasil, ellas ya representan la segunda causa de muerte. Junto a los accidentes por vehículo de motor, los homicidios son una de las formas presentes en su expresión, como se encuentra en Colombia y en las grandes ciudades de Brasil, México, etc. "La urbanización puede ser considerada como fenómeno estrechamente asociado a la violencia en los años recientes y no solo en las Américas" (OPS, 1994).

La razón para su aparición y agudización como problema de Salud Pública encuentra sus raíces, de acuerdo con el estudio desarrollado en Brasil (Souza, ER., y Minayo, MCS., op. cit.), en las desigualdades sociales y en el clima de conflicto y desintegración social encontrados en los centros urbanos. Atribuyen a la marcada e inicua desigualdad en la distribución de la renta y a las crecientes tasas de pobreza, el núcleo estructural de determinación de ese diagnóstico.

Muchas otras enfermedades podrían analizarse aquí. Sin embargo, en relación con la comprensión de los estilos de vida, la uniformidad del conjunto de trabajos nos exime de más detalles. En términos de establecer una síntesis provisoria, queda claro que la interpretación más habitual de los estilos de vida está basada en hábitos y conductas personales, traducidas en tabaquismo, actividad física, dieta y tensión emocional. Al mismo tiempo, algunos trabajos llaman la atención sobre una explicación más estructural de su determinación, manifestadas en la apropiación no equitativa de la renta y en la pobreza.

SOBRE ALGUNOS HÁBITOS / CONDUCTAS :caída en la mortalidad

La intervención sobre los hábitos / conductas es una preocupación constante y su implementación se busca desde la más tierna edad. Así, una investigación reciente muestra que las intervenciones orientadas a la prevención de la arteroesclerosis puede tener éxito si se inicia lo más precozmente posible. en edades más tempranas. cuando. según los autores.

los patrones de estilo de vida, en especial los alimentarios, se están definiendo.

Sus observaciones permiten llegar a la conclusión que se puede evitar el aumento de colesterol sérico y de la concentración de HDL en los niños, y sugieren que el cumplimiento estricto de los procedimientos dietéticos no perjudica el desarrollo corporal de los mismos.

Varios estudios han demostrado la caída en la mortalidad por enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares, en varios lugares del mundo y sugieren la hipótesis de que alteraciones en el estilo de vida, aliadas al uso adecuado de las modernas terapéuticas, explican ese descenso.

Además de detectar una caída anual de 3% en la mortalidad por ECV, se hizo una simulación en computadora donde se pudo llegar a la conclusión que "younger men, aged 30 to 59 years, might live slightly longer after dietary change, but among women and older men the average benefit would be negligible. The benefits of smoking cessation are more uniform across age and sex and are substantially greater than those predicted for dietary change" (Oberman, A., Kuller, LH., y Carleton, RA., 1994. Thom, TJ. y Epstein, FH., 1994. Grover, SA., Gray- Donald, K., Abrahamowicz, M. y Coupal, L., 1994)

TENDENCIAS EN AMÉRICA LATINA

Algunos elementos son importantes para entender los nuevos patrones de situación de salud y sus determinantes, en especial nuestro objeto estilo de vida. De esta forma haremos un listado de algunos de ellos de interés para distintas poblaciones y para América Latina en particular.

URBANIZACIÓN

Este es un proceso común a toda América Latina y se ha revelado un gran movimiento de contingentes poblacionales en dirección a las ciudades, transformando a algunas de ellas en verdaderas megalópolis. Basado en estudios recientes de la OPS (OPS, 1994) se puede sintetizar algunos datos que importan para cuantificar y comprender ese fenómeno. Desde 1950 la región ya presentaba un alto índice de población urbana, comprendiendo más del 50%, hecho éste que ocurría con más evidencia en el Cono Sur.

Marcando esa inversión poblacional rural / urbana, esa década y las siguientes vieron a la urbanización acentuarse cada vez más, sea por la constitución y rápido crecimiento de nuevas ciudades o por el crecimiento acentuado de algunas capitales, generando las llamadas áreas metropolitanas. El hecho es que en 1995 se estima que el 74% de la población latinoamericana este viviendo en áreas urbanas (se debe advertir que la definición de área urbana no es homogénea entre los diferentes países) y lo más sorprendente es que de 7 ciudades con más de un millón de habitantes en 1950, se pasó a un total de 40 ciudades con esa cifra. Esas 40 áreas cobijaban al 31% de la población total de América Latina. Algunas ciudades como Buenos Aires (Argentina), Río de Janeiro y San Pablo (Brasil) ya alcanzaron poblaciones mayores a los 10 millones de habitantes.

Fruto de los rápidos cambios que se operan en el sector económico de la sociedad éste proceso, menos derivado del crecimiento tiene una buena parte de su explicación referida a los movimientos migratorios de sentido rural / urbano y urbano / urbano (este último de áreas menores para mayores-capitales de estado). A esa concentración poblacional que implica concentración de la oferta de servicios, facilidades de acceso a la educación, transporte y comunicaciones se puede identificar igualmente los problemas que comparten: "congestión y contaminación derivadas de los vehículos de motor, escasez de viviendas decorosas, crecimiento desordenado de poblaciones marginales en áreas insalubres, aumento de la violencia y de la drogadicción, aparición de zonas urbanas con características de gheto" (OPS, 1994).

Los elementos señalados son suficientes de por sí para apuntar su influencia sobre los hábitos y conductas de las personas, en términos de: circulación de las mismas y vida agitada que ella genera; el ambiente propicio para la expansión de la morbimortalidad por causas externas; el uso de drogas psicoactivas, etc. Un hecho marcado en este proceso se refiere a la tensión generada por la **migración** y baja renta que muchos entienden como un factor generador de enfermedades como la hipertensión arterial (Costa, EA. e Klein, CH., 1985) y enfermedad mental. En este último caso es interesante acompañar el análisis de Almeida Filho al trabajar sobre la determinación social de la salud mental, cuando al probar la tradicional asociación entre experiencia migratoria y patología mental verifica que "la exclusión del mercado formal de trabajo substituye a la experiencia migratoria, como factor asociado a la enfermedad mental" (Almeida F., NA., 1989).

En lo que se refiere a mercado de trabajo y cambios en la economía, se pueden mencionar algunos elementos destacados. Utilizando la misma publicación de la OPS antes mencionada, se constata que el empleo en actividades no agrícolas ocupaba en 1950 a un 44%, pasando a 74% en 1990. Si por una parte eso puede significar una menor exposición a situaciones que favorecen la ocurrencia de enfermedades endémicas rurales, por las condiciones de vida: acceso limitado a los servicios, dieta pobres, habitación precaria y otros, lleva a que se promueva mayores facilidades para el aumento de empleo en pequeñas empresas, (que en algunos estudios muestran desventajas desde el punto de vista de la seguridad), así como el crecimiento del sector informal.

A pesar de que esas variables no puedan ser señaladas directamente como determinantes de la situación de salud, es evidente que traen consigo sus peores condiciones de trabajo y de derechos sociales. Afirma aquella publicación que el empleo en empresas pequeñas creció a una tasa de 7.5% anual, entre 1980 y 1992 y que la tasa de empleo en las empresas medias y grandes cayó de 44% a 31% en el mismo período. En los últimos diez años se observó "un deterioro del poder adquisitivo de los salarios debido a la inflación, al atraso de los reajustes y al rezago entre el monto de los reajustes y el costo de la canasta básica. Asimismo, se ha reducido la oferta de empleo (que se viene acentuando en los últimos años en forma dramática, no afectando solamente nuestros países, sino también algunos países desarrollados de Europa). Las remuneraciones reales de los trabajadores cayeron en la década de 1980 en 10% en términos reales, mientras que los salarios mínimos y aquellos de la construcción lo hicieron en 15%. Este deterioro general del salario, conjuntamente con el desempleo, han contribuido al crecimiento de la pobreza" (OPS, 1994).

Concluye el documento mostrando algunas estrategias utilizadas por los trabajadores para equilibrar su presupuesto, que implica: aumento de la jornada laboral, multiempleo, progresiva incorporación de otros miembros de la familia al mercado de trabajo. incluyendo

los menores, mujeres y ancianos, limitando por tiempo y por posibilidades el acceso al descanso, la educación y la participación social.

ESTILO DE VIDA: DATOS SOBRE DROGAS ILÍCITAS, ALCOHOL Y TABACO

Según las informaciones contenidas en la citada publicación de la OPS, se puede tener una noción de la magnitud de la presencia de esos factores de la sociedad. Examinando la situación entre adolescentes, se observa que el consumo de drogas ilícitas es menor del registrado en los Estados Unidos y Canadá. Estimando que entre el 10 y el 30% de los jóvenes latinoamericanos ya tuvieron alguna experiencia, observan que el consumo tiende a aumentar en América Latina, como el caso de la marihuana en Brasil y la coca en los países andinos.

Un proceso en pleno aumento en la región, atenuando las especificidades de cada país, el aumento del consumo acompaña directamente la onda de violencia, que lleva a la publicación a expresar lo siguiente: "El consumo de tabaco y alcohol entre los jóvenes estudiados se encuentra ligado al consumo de sustancias químicas entre los padres. Estos grupos ingresan en un círculo vicioso en el que la dependencia química y la pobreza llevan a la delincuencia, la prostitución y otras conductas antisociales" (página 88). Dejan, por lo tanto, de analizar la influencia ejercida por el narcotráfico, como proceso socio-político-económico, en esa relación y determinación.

En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, la misma publicación informa sobre el aumento de los mismos. El alcoholismo iniciado en la adolescencia está asociado a la mortalidad por causas atribuidas al alcohol en las fajas etarias adultas. El consumo de alcohol aumentó mucho en la última década, y en algunos países, como en Chile, experimentaron un crecimiento de 400% entre 1958 y 1987 (página 88). Se estima que la prevalencia del alcoholismo representa algo así como 5 a 10%, según encuestas en algunos países. (página 268).

"El consumo de tabaco en América Latina y el mundo en desarrollo contrasta con la sostenida disminución registrada en la mayoría de los países desarrollados. Este aumento se observa especialmente entre las mujeres jóvenes". Obviamente, ese patrón no es homogéneo para todos los países, difiriendo en cuanto a la cantidad consumida. No obstante, no se dispone de encuestas sobre tabaquismo, y se estima que en la región la prevalencia de fumadores oscila entre 30 y 49% de los hombres y de 10 a 29% de las mujeres. Las campañas contra el tabaquismo y las leyes coercitivas han tenido, aparentemente, buenos resultados entre los grupos más jóvenes de algunos de los países.

La información sobre otros elementos del estilo de vida, como las dietas balanceadas y la actividad física son prácticamente inexistentes dependiendo de informaciones puntuales y restringidas a grupos con algún tipo de especificidad y particularidad.

ESCENARIOS

Para comprender estos temas, el estilo de vida y la modernidad, se abren dos grandes vertientes sobre las cuales se puede trabajar.

La primera de ellas consiste en la ya consagrada y consolidada línea de explicación , como se procuró demostrar en el transcurso de este trabajo, y se refiere a la comprensión del "estilo de vida" como un conjunto de factores de riesgo. Por otro lado, la modernidad puede confundirse con el proceso de urbanización, en cuanto generador de esos factores. Para esta posibilidad que corresponde, en teoría, con la comprensión de estos factores a partir de las experiencias y vivencias personales, se orienta todo un conjunto de intervenciones volcadas hacia el "ecuacionamiento" del problema identificado en el plano del propio individuo o para aquellos grupos denominados de "alto riesgo", resultado directo de ese marco explicativo.

Este tipo de situación se encuentra muy desarrollada y atiende perfectamente los objetivos y misión establecidos para la actividad en el campo disciplinario de la Clínica, cuyos principios de diagnóstico y terapéutica son absolutamente coherentes con el plano individual de acción. De esta manera, reconocer que un ciudadano es portador de una enfermedad o reconocerlo expuesto a ciertas circunstancias que pueden favorecer el surgimiento de esa enfermedad, abriga buenas posibilidades de trabajo para, respectivamente, recuperar o prevenir la situación de salud-enfermedad vivida por los individuos.

Es lo que sugiere el conjunto de trabajos señalados y la inmensa producción registrada en las revistas de expresión del área clínica y epidemiológica. Vale recuperar aquí el pensamiento de Rosen, reiterado en sus publicaciones (Rosen, G., 1992), que identifica las siguientes ventajas para trabajar con estrategias de alto riesgo derivadas de esas concepciones: además de garantizar la motivación del paciente o del "expuesto", así como la del médico, frente a las evidencias provocadas por la exposición, se muestra una intervención apropiada y adecuada al individuo.

Este escenario contempla todas las relaciones unívocas que se buscan identificar en la apreciación de buena parte del conjunto de enfermedades: tabaquismo y cáncer, dieta y ECV, postura y dolor lumbar, microcomputador y lesiones por exposición repetida, alcohol y enfermedades hepáticas, "stress" y ECV, comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual, formas de trabajo y enfermedades profesionales, etc. Las modernas técnicas computacionales facilitaron el empleo de sofisticadas técnicas estadísticas, (por ejemplo, análisis multivariado) que permiten analizar una multiplicidad y composición de factores, pero como ya se ha descrito, no alteraron el paradigma explicativo de relación factor-enfermedad.

El otro escenario, además de incluir a este primero, o sea que no lo excluye, comprende una composición de esos factores con un conjunto de elementos de naturaleza más colectiva.

Se pueden subdividir en un plano que comprende el análisis de factores ambientales, que pueden estar midiendo el impacto de incorporación de tecnologías para mejorar la calidad de vida. como son las técnicas de saneamiento. y aquellos derivados del proceso de

modernización o desarrollo no sustentable, como son la contaminación ambiental (aérea, acuática o del suelo), la "descomposición" familiar y el consumo de drogas ilícitas en la generación de la violencia urbano, y en la difusión de informaciones por los medios y de propaganda orientada al establecimiento de conductas. Estas variables del ámbito más colectivo, han sido también trabajadas desde la perspectiva que las aproxima a fenómenos de agresión al organismo humano.

Finalmente, el escenario derivado de una explicación estructural puede construirse y complementarse con el conocimiento generado en los anteriores. Se trata de explorar la explicación sobre la ocurrencia y presencia de esos factores, a partir de su composición en la propia estructura de la sociedad. Implica comprenderlos como atributos de las personas, y al mismo tiempo, determinados por la dinámica de la construcción del proyecto social. El recurso a tal escenario obliga a trabajar con categorías más amplias que, por una lado, aumentan el espectro de la explicación "causal", haciéndolo aparecer de modo más evidente, y, por otra parte hacen que frente a las lógicas existentes, las posibles intervenciones tengan poca o ninguna operacionalidad aparente.

En este sentido se encuentran elementos como migración, educación, nutrición, empleo, vivienda, trabajo, y su sucedáneo principal, la pobreza, que dada su naturaleza pasan a significar el gran desafío de la investigación en la medida que exigen un abordaje transdisciplinario a los efectos de su explicación. Escapa al alcance de este trabajo la profundización de este tema, como se dijo previamente, pues entre otros motivos implica movilizar instrumentos, técnicas y métodos no alcanzados, exclusivamente, por este autor.

La implementación de estos tres escenarios proporcionando una composición explicativa del proceso salud- enfermedad tiene todas las condiciones para establecer un adecuado control de la morbi-mortalidad humana. Buscando trazar de modo lineal , con el fin de obtener mayor claridad, los ámbitos de actuación de los respectivos escenarios, es posible identificarlos de la siguiente forma.

El primero corresponde al mejoramiento de las actividades clínicas , al tratar con el paciente propiamente dicho, o con un caso identificado a partir de una alta exposición a factores de riesgo, incluidos los hábitos de vida. Los ejemplos no son necesarios, pues se trata de una enumeración de aquellos ya hechos en el transcurso del presente trabajo. Un movimiento que expresa este escenario de investigación se encuentra contenido en el debate establecido en las escuelas de Medicina sobre la aplicación de la moderna metodología científica aplicada a la Clínica, que algunos inapropiadamente llaman usando un oxímoro, o sea, Epidemiología Clínica (Feinstein, R.H., Fletcher, S.W., y Wagner, E.H., 1989).

El punto crítico que se puede referir en estos trabajos, sin entrar en el mérito de la discusión de sus significados, se refiere a la búsqueda de mediaciones, generalmente no buscadas por los investigadores, entre inferencias y conclusiones extraídas de los datos poblacionales y su aplicación en el individuo, como ya ha sido señalado por Rosen en sus trabajos aquí citados.

Para el segundo escenario se abren posibilidades de recuperar la actuación de la Salud Pública tradicional, tomando como objeto de trabajo la intervención sobre grupos poblacionales, eliminando la necesidad de conocerlos como integrantes de "grupos de riesgo". Los ejemplos más notorios se refieren al saneamiento y vacunación ,cuyas implementaciones benefician uniformemente a los distintos grupos poblacionales. De ese

modo, en vez de identificar grupos de riesgo, lo que puede ser motivo de una profundización en las diferencias o inequidades existentes entre estratos, se trata más bien de promover elementos que proporcionen indistintamente, una mejor calidad de vida al conjunto social. Además de los ejemplos citados, se puede recordar otros que inequívocamente tienen repercusión sobre la salud: educación y/o información, control y/o combate a las formas variadas de contaminación , etc.

El tercer escenario, de características mas amplias, comprende las posibilidades de estar actuando efectivamente junto a las esferas decisorias e implementadoras de políticas gubernamentales. En la medida en que contempla cuestiones cuya raíz explicativa mayor es de naturaleza estructural, implica que las propuesta de intervención sean también de la misma naturaleza. Eso no significa que no haya otras posibilidades y corrientes de interpretación , de modo tal que, mucho de lo considerado estructural pueda considerarse como conductual, teniendo en cuenta la forma en la cual, por ejemplo, se entiende la migración (desde una voluntad subjetiva a un proceso determinado por las necesidades de desarrollo económico).

DESAFÍOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Los desafíos para la investigación en el capítulo sobre estilos de vida y modernidad pueden desprenderse de la explicación observada hasta ahora, y, en cierta medida, ya han sido señalados.

En primer lugar, hay que estimular el desarrollo de estudios de esa naturaleza en América Latina, cuyo mayor interés se centre en el análisis de enfermedades de naturaleza infecciosa y parasitaria, para las cuales, en general, no se ha aplicado la noción de estilos de vida. Nada más falso que asumir que tanto la modernidad como los estilos de vida no se prestan para su explicación. En último término, las enfermedades endémicas como la esquistosomiasis, la enfermedad de Chagas, y la leishmaniasis encuentran su causalidad en la forma en que viven las personas, o en su forma de transitar por la vida, además, evidentemente, de la presencia del agente etiológico, cuyo contacto con el huésped humano puede ser facilitado o dificultado por ese mismo modo de transitar por la vida. Basta recordar el patrón habitacional o las formas de trabajo como determinantes del perfil de ocurrencia de estas enfermedades.

El segundo desafío está representado por el desarrollo de metodologías que respondan de forma adecuada al objeto propuesto. Si existe una casi "perfecta adecuación" entre la manera de pensar los factores de riesgo y la comprensión e intervención clínicas, lo mismo se puede decir de lo que se aplica a nivel poblacional, o sea, epidemiológico.

Se presencia un exitoso desarrollo de técnicas explicativas de orden cuantitativo que mucho han auxiliado al avance del conocimiento sobre la ocurrencia de enfermedad, pero para explicar los diferentes escenarios es importante desarrollar técnicas cualitativas que están disponibles en un conjunto de disciplinas, a veces no debidamente consideradas en los planos de análisis del proceso salud- enfermedad.

Esto obliga a buscar recursos en las ciencias sociales , como la Sociología y la Antropología. y en las propias ciencias que se ocupan del desarrollo económico de las

sociedades. Se debe reconocer que se ha trabajado con ese conjunto de disciplinas, pero eso se hace sistemáticamente por la yuxtaposición de las visiones por ellas proporcionadas; no se ha encontrado un punto de síntesis.

El último desafío surge de esta observación final. Para responder a la síntesis necesaria se impone el desarrollo de pensamientos transdisciplinarios, de forma que posiblemente los objetos de estudio e investigación se recompondrían en su integralidad. Si no el desarrollo de este pensamiento, al menos rever las formas en las cuales diferentes informaciones se han incorporado en la toma de decisiones para la implementación de políticas de intervención sobre la salud.

La conducción de estos estudios supone la necesidad de que se trabajen algunas preguntas que respondan a la identificación del proceso de generación de los estilos de vida, especialmente aquellos de carácter nocivo, en las nuevas formas de organización de las sociedades. En ese contexto, verificar cómo esos patrones de conducta se generan y son determinados por la influencia que las "sociedades de consumo" ejercen sobre sus poblaciones, llevándolas o promoviendo fuertes sugerencias de consumo o práctica de hábitos no saludables.

De la misma forma, en esta línea de interrogantes, cabe el análisis del papel desarrollado por la estructura familiar, y por extensión, la comunidad, en este proceso de generación o fortalecimiento de hábitos / conductas, y describir cual es su potencial explicativo y de mantenimiento de los diferentes estilos de vida. En este sentido es igualmente importante registrar el papel que los medios de comunicación desempeñan en la divulgación y difusión de los conocimientos existentes sobre la adecuada promoción de la salud. La reinterpretación que prensa promueve sobre esos conocimientos, así como la masiva vehiculización hecha por los mecanismos de propaganda, provocan consecuencias e influencias significativas sobre los patrones de comportamiento de las poblaciones, exigiendo que se profundicen los estudios sobre comunicación social y sus posibilidades de promover cambios de naturaleza positiva. Basta recordar la fascinación que los actores y actrices ejercen sobre el público, en la medida en que se tiende a buscar su ejemplo presentando sus formas de comportamiento y sus deseos.

Como ya se ha analizado, el fenómeno migratorio provoca alteraciones de importancia en los hábitos y costumbres de los individuos. El intenso proceso de urbanización e industrialización, que tiene características específicas en América Latina, basado en parte en la movilidad espacial de grandes contingentes poblacionales, condiciona modificaciones de estilos de vida, a veces de modo rápido, con graves repercusiones sobre la salud, especialmente en el campo de la salud mental. Este es uno de los grandes interrogantes que merecen apoyo en la búsqueda de respuestas.

El surgimiento del SIDA, con todas sus circunstancias, exige que se retomen con vigor los estudios sobre conducta sexual y que se reconozcan los cambios de comportamiento en esta esfera que puedan ser debidamente conocidos y trabajados.

BIBLIOGRAFÍA

- al Roomi, KA., Musaiger, AO. and al-Awadi, AH. Lifestyle and the Risk of Acute Myocardial Infarction in a Gulf Arab Population. *Int. J. Epidemiol.* 23(5): 931-9, 1994.
- Almeida, F. NA. *Epidemiologia Sem Números. Uma Introdução Crítica à Ciência Epidemiológica.* Cap. 9. Ed. Campus, Rio de Janeiro, 1989.
- Almeida, F. NA. *A Clínica e a Epidemiologia.* APCE-ABRASCO. Salvador, 1992.
- Almeida, F. NA. Anotações sobre a História da Epistemologia. In Rouquayrol, MZ. *Epistemologia e Saúde.* MEDISI, Rio de Janeiro, 4ta. Ed., 1993.
- Alter, M. Black-white Differences in Stroke Frequency: Challenges for Research. *Neuroepidemiology* 13(6): 301-7, 1994. (Abstract).
- Backett, CB. and Davison, C. Lifecourse and Lifestyle: The Social, Cultural Location of Health Behaviours. *Soc. Sci. Med* 40(5): 629-638, 1955.
- Barreto, ML. A Epidemiologia, sua História e Crises: Notas para pensar o futuro. In Costa, DC (org.) *Epidemiologia, Teoria e Objeto.* HUCITEC-ABRASCO, Sao Paulo, 1990.
- Castellanos, PL. (Coordinador). *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de la Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar.* Borrador de trabajo. Programa de Análisis de la Situación de la Salud y sus Tendencias. PHO/WHO. Mimeo, Washington, 1992.
- Costa, EA. e Klein, CH. Meio Urgano e Doenças Cardiovasculares. *Cad. Saúde Pub.* 1(3):305-312, 1985.
- Dever, GEA. *A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde.* Liv. Pionera, Edit. Sao Paulo, 1988.
- DHSS. *Inequalities in Health, Report of a Research Working Group.* Mimeo, 1980.
- Doll, R., and Peto, R. et al. Mortality in Relation to Smoking: 40 years observations on male British doctors. *Brit. Med. J.* 309: 901-11, 1994.
- Feinstein, RH., Fletcher, SW. and Wagner, EH. *Epidemiologia Clínica, Bases Científicas da Conducta Médica.* Artes Médicas. Porto Alegre, 1989.
- st, Jr. J. and Chon, JS. Clustering of Cardiovascular Risk Factors: Targeting High Risk Individuals. *Am. J. Cardiol.* 76(2): 8A-20A, 1995.
- Grover, SA., Gray-Donald, K., Abrahamowicz, M. and Coupal, L. Life Expectancy Following Dietary Modification or Smoking Cessation, Estimating the Benefits of a Prudent Lifestyle. *Arch. Intern. Med.* 154(15): 1697-704, 1994. (Abstract).
- Haffner, S., Gonzales-Villalpando, C., Hazuda, HP., Valdez, R., Mykkanen, L. and Stern, M. Prevalence of Hypertension in Mexico and San Antonio, Texas. *Circulation* 90(3): 1542-9, 1994.
- Hunt, DK., Lowenstein, SR., Badgett, RG. and Steiner, JF. Safety Belt Nonuse by Medical Patients: a missed opportunity in clinical preventive medicine. *Am. J. Med.* 98(4): 377-84, 1994.
- Illsey, R. Comparative Review of Sources, Methodology and Knowledge. *Soc. Sci. Med.* 31(3): 229-236, 1990. This volume of the publication is exclusively dedicated to articles that analyse the health situation in countries of the continent.
- Jhoanson, M., Larsson, UL., Saljo, R, and Svardsudd, K. Lifestyle in Primary Health Care Discourse. *Soc. Sci. Med.* 40 (3): 339-348, 1995.
- Koifman, S. Incidência do Câncer no Brasil. En Minayo, MCS. *Os Muitos Brasis. Saúde e População na década de 80.* HUCITEC-ABRASCO. São Paulo- Rio de Janeiro, 1995.
- Laurenti, R. Transição Demográfica e Transição Epidemiológica. *Annais do Primer Congresso Brasileiro do Epidemiologia.* UNICAMP-ABRASCO. Campinas. 1990. pgs.

143-165.

☞ Leavell, H. and Clark, EG. *Medicina Preventiva*. Ed. McGraw Hill do Brasil, Rio de Janeiro, 1976.

☞ Lemus, J. *Condiciones de Vida y Salud en la Argentina*. *Ambiente Médico*. *Rev. Hospital Fernández* 27: 9-18, 1992.

☞ Marmot, MG. *Social Differentials in Health Within and Between Populations*. *Daedalus*. *Journal of the American Academy of Arts and Sciences* 123(4): 197-216, 1992.

☞ Matanoski, G., Kanchanaraska, S., Lantry, D. and Chang, Y. *Charasteristics of Nonsmoking Women*. In *NHANES I and NHANES II epidemiologic follow-up study with exposure to supouses who smoke*. *Am. J. Epidemiol.* 142(2): 149-57, 1995.

☞ Morris, JN. *Inequalities in Health: ten years and little further on*. *Lancet* 336: 491-493, 1993.

☞ Nagem, JR., Passannante, MR. and Forester, JD. *Health Risk Factors Promoting Behavior of Medical, Dental and Nursing Students*. *J. Clin. Epidemiol.* 48(6): 841-9, 1995.

☞ N. *Perfiles de Mortalidad según Condiciones de Vida en Venezuela*. In Costa, MFLL and Pessorá, RP (orgs.) *Qualidade de vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia*. COOPMED-ABRASCO, Belo Horizonte, 1994.

☞ Oberman, A., Kuller, LH. and Carlenton, RA. *Prevention of Cardiovascular Disease: opporunities for progress*. *Prev. Med.* 23(5): 727-32, 1994.

☞ OPAS. *Las Condiciones de Salud en las Américas*. *Public. Cient.* 549. Washington, 1994.

☞ Pellegrni, A., Goldbaum, M. and Silvi, J. *Produção Científica em Saúde na América Latina*. *Anais do III Congresso Brasileiro, II Iberamericano y I Latinoamericano do Epidemiologia*. *Resumos*. Salvador, Bahia, 1995.

☞ Prattala, R., Karisto, A. and Berg, MA. *Consistency and Variation in Unhealthy Behaviour among Finnish Men, 1982-1990*, *Soc. Sci. Med.* 39(1): 115-22, 1994.

☞ Rosen, G. *Individuos Enfermos y Poblaciones*. En *OPAS: El desafío de la Epidemiología*. *Problemas y lecturas seleccionadas*. *Pub Cient.* 505, 1988.

☞ Rosen, G. *The Strategy of Preventy Medicine*. Oxford Universty Press. Oxford, 1992.

☞ Rosen, G. *Uma Historia da Saúde Pública*. UCITEC- Ed. UNESP-ABRASCO. São Paulo, 1994.

☞ Rosolova, H., Simon, J. and Sefrna, F. *Impact of Cardiovascular Risk Factors on Morbidity and Mortality in Czech Middle Age Men: Pilsen longitudinal study*. *Cardiology* 85(1): 61-8, 1994.

☞ Schwarz, B., Bischof, HP. and Kunze, M. *Coffee, Tea and Lifestyle*. *Prev. Med.* 23(3): 377-84, 1994.

☞ Schultz, JF. and Sheps, SG. *Managment of Patients with Hypertension Clinic Model*. *Mayo Clin. Proc.* 69(10): 997-99, 1994. (Abstract).

☞ Simon, HB. *Patient Directed, non Prescription Approaches to Cardiovascular Disease*. *Arch. Intern. Med.* 154(20): 2283-96, 1994.

☞ Snow, J. *Sobre a Transmissao do Cólera*. HUCITEC-ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1990.

☞ Souza ER. y Minayo, MCS. *O Impacto da Violência Social na Saúde Pública do Brasil*. En *Minayo, MCS op cit*.

☞ Sephens, C. *Enviroment and Health in Developing Countries: an analysis of intra-urban differentials using existing data*. LSHTM-FSEADE-MIN of ENVIROMENT/Ghana. Mimeo, London, 1994.

☞ Taubes, G. *Special New Report. Epidemiology Faces Its Limits*. *Science* 269: 164-69, 1995.

📖 Thom, TJ. and Epstein, FH. Heart Disease, Cancer and Stroke Mortality Trends and their Inerrelations. An international perspective. *Circulatio* 90(1): 574-82, 1994.

📖 Willkinson, RG. The Epidemiological Transition: from material scarcity to social disdvantage? *Daedalus. Journal of the American Academy of Arts and Sciences* 123(4): 61-77, 1994.

📖 Wynder, EL. Invited Commentary: Response to Science Article, *Epidemiology Faces Its Limits. American Journal of Epidemiology.* 143(8): 747-49, AX, 1996.