

Estilo de vida saludable (EVS): la necesidad de una mirada alternativa al enfoque biomédico

Daniel Pinzón Gómez
Facultad de Ciencias de la Salud

Introducción

La comunidad médica adventista continuamente encuentra evidencia que respalda la filosofía de la salud, especialmente la que tiene que ver con los Estilos de Vida Saludables (EVS), dado que está asociado a una larga longevidad y menor riesgo de padecer enfermedades crónicas y degenerativas. Pero, ¿qué se conoce de la investigación científica que identifica restricciones en este enfoque?

Desde que la noción de estilo de vida fue tomada de las ciencias sociales e incorporada al acervo médico, en los años setentas, las referencias que tratan sobre el particular han crecido de manera sostenida. De modo similar, las publicaciones que ponen de manifiesto sus limitaciones son igualmente importantes.

Este artículo expone las limitaciones del enfoque de EVS

en lo que respecta a alimentación, actividad física y descanso, a partir de las interpretaciones de la salud pública, basadas en la epidemiología social, sin detrimento de la base filosófica de la salud que la Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD) ha defendido por décadas y que ha sido legitimada por las investigaciones realizadas con rigor científico en el área, especialmente por la Universidad de Loma Linda y otros centros de investigación adscritos a la IASD. No obstante, pretende hacer una reflexión crítica, más allá de la argumentación biomédica, y analizar que los EVS están condicionados además por elementos sociales, políticos, económicos y culturales.

Interpretación del proceso salud-enfermedad y la salud de los adventistas

De manera general, la

interpretación del proceso salud-enfermedad se puede categorizar desde dos vertientes: aproximaciones medicalizadas y holísticas (1).

Las primeras están centradas en la enfermedad como fenómeno individual, altamente influenciadas por la biología y sus ciencias subsidiarias, cuya principal herramienta es la clínica, lo cual queda plenamente demostrado en el modelo de educación flexneriano común en las escuelas de medicina de Occidente (2). Este enfoque pone énfasis en el reduccionismo científico de la vida a través del racionamiento positivista. Las segundas, cada vez más cercanas a la noción de calidad de vida, reconocen al individuo como un ser biológico, psicológico, social y espiritual. De esta manera la búsqueda de la salud se dispersa en torno a la vida en el complejo sistema determinado por el funcionamiento encadenado y sinérgico de la organización biológica, ecológica, social y su conexión con lo divino (célula, órgano, individuo, familia, comunidad, población, sociedad, ecosistema y cosmos).

La filosofía adventista reconoce la composición bio-psico-socio-espiritual (3) del ser humano desde la perspectiva teísta y que tal posición es legitimada por las corrientes positivistas del conocimiento que han sido posibles gracias a la participación de los diversos campos del conocimiento, de las ciencias médicas y sociales.

Uno de los paradigmas para entender los procesos relacionados con la construcción de la salud

desde la perspectiva científica, lo constituye la teoría de “campos de salud”, desarrollada por Hubert Laframboise en 1973 e impulsada magistralmente por Marc Lalonde (4) y que es conocida como el Lalonde Report o White Paper, la cual, entre otros aspectos pondera la participación de los determinantes de la salud con porcentajes en el seno de la sociedad canadiense y que ha sido recogida por varios sistemas de salud del mundo, especialmente los que justifican las teorías neoliberales del mercado sanitario.

La mayoría de las corrientes y modelos de salud pública y epidemiología en países desarrollados acogen esta teoría. Pese a los 40 años de su existencia y que se parte de la realidad concreta de Canadá, es doctrina invariable en las escuelas de salud de los países en vías de desarrollo, y se presume extrapolable en estas sociedades (5).

Esta teoría estimula la idea de que los estilos de vida son la variable que más aporta a la carga de morbilidad, mortalidad y al gasto en salud; representa el rubro con menos recursos por parte del sistema sanitario. El enfoque de estilo de vida (6) ha demostrado de manera exitosa que existe una relación directa entre el estrés, sedentarismo, sobrepeso, consumo de alcohol, tabaco y alto consumo de grasas con enfermedades crónicas, especialmente asociadas al riesgo cardiovascular y diabetes tipo 2. Particularmente en comunidades adventistas, se han podido evidenciar las bondades de este enfoque, especialmente en estudios realizados

por investigadores de la Universidad de Loma Linda sobre los adventistas en California (3, 7, 8, 9, 10). Estudios similares en adventistas en Noruega, Holanda, Polonia, Dinamarca, Japón y Australia han arrojado resultados similares (3, 10).

Limitaciones del enfoque de estilos de vida saludable (EVS)

La noción de EVS que ha tenido mucha fuerza en las últimas cuatro décadas también ha sido acompañada por fuertes críticas desde su aparición, entre ellas las que se describen a continuación:

1. Los sujetos pueden y desean cambiar sus hábitos. Al centrarse en las conductas y características de los individuos, en el enfoque de EVS se parte de la premisa de que los sujetos pueden y desean cambiar sus conductas, con lo cual frecuentemente se desconocen los contextos sociales, económicos, políticos y culturales en los que se pudieran dar estas prácticas (11). Dos ejemplos en la experiencia de Latinoamérica y el Caribe (LAC) recrean lo dicho: Haití y Colombia. Para el primero, las condiciones de pobreza material son el principal determinante económico que impide que esta población adopte EVS, incluso entre adventistas institucionalizados (12). Para el caso de Colombia, que a diferencia de Haití, es un país en transición al desarrollo, las razones del conflicto armado (que por lo general afecta a las personas más desfavorecidas) agudizan y empeoran las condiciones

de pobreza en las que ya están inmersas las poblaciones, limitando la posibilidad de escoger libremente alimentos saludables, hacer ejercicio, descanso, entre otras prácticas. De esta manera los comportamientos y conductas derivados de una situación de estrés psicosocial por pobreza crónicas no son es el resultado de decisiones o acciones individuales, son el producto de desajustes sociales, por lo cual resultaría inocuo hacer recomendaciones orientadas a cambiar comportamientos.

2. La salud es responsabilidad individual. La concepción de los EVS se basa en la premisa de que el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad son responsabilidad de los individuos y que estos pueden cambiar libre y voluntariamente sus conductas, con lo cual se omite la influencia de la organización de la sociedad y especialmente del mercado sobre el comportamiento de los individuos (11). El Estado promueve los EVS para reducir el gasto en salud, sin embargo, promueve o fomenta las prácticas insalubres (a través del mercado) como el consumo de alcohol, tabaco y drogas psicoactivas (13), y se promueven el consumo de alimentos altamente energéticos (las plazas de comidas en espacios comerciales son un ejemplo de la promoción de estilos de vida insalubres). Todas estas prácticas son a su vez, promovidas través de los medios de comunicación.

De otro lado, la ideología de hacer responsable al individuo por su salud

y en caso de enfermar atribuirle el desenlace a la responsabilidad (culpabilizar a la víctima) (14) se constituye en uno de los instrumentos políticos para defender los sistemas de salud basados en el pluralismo estructurado (15, 16). Así, el problema es el comportamiento de los individuos frente al riesgo, cuya solución es el cambio a EVS a través de la educación, o las sanciones pecuniarias (14). Esta iniciativa ideológica pretende justificar el recorte o la supresión del acceso a los servicios de salud como derecho fundamental, e intenta, por otro lado, desviar la atención de la responsabilidad social en la aparición de las enfermedades que se derivan de las actividades propias de la globalización, sobre todo aquellas que tiene relación con la salud ambiental y ocupacional (11, 14).

3. El enfoque de EVS privilegia los factores biológicos que predisponen a la enfermedad (11). Para el caso de la obesidad, por ejemplo, se recurre a estudiar los determinantes genéticos y fisiológicos (17); por ejemplo, en la obesidad, las investigaciones se centran en los estudios moleculares (gen Ob, la proteína leptina, el neuropéptido Y) (18); no obstante, se desconoce que los determinantes ambientales y psicosociales promueven o inhiben genes, por lo que el incremento de la frecuencia de la obesidad no puede ser explicado únicamente por la expresión génica en sí, sino por los cambios en el entorno y el ecosistema (19), los

cuales muchas veces dependen de las condiciones sociales y económicas.

4. Las estrategias de promoción y prevención intervención basados en EVS. Las estrategias de prevención y tratamiento que han tomado como base el enfoque de EVS han tenido una eficiencia limitada. Los estudios etnográficos ponen en evidencia que las personas que conocen los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas reconocen las dificultades para acogerse a una estrategia de EVS debido a las limitaciones que enfrentan cotidianamente (11).

Ante las limitaciones del enfoque de EVS, que si bien ha significado aportes sustantivos al mejoramiento de la calidad de vida de personas de condiciones socioeconómicas, educadas y con fácil acceso a una canasta familiar equilibrada, es necesario defender un paradigma más holístico, ético y moralmente acorde con las necesidades de los menos favorecidos. La epidemiología social ofrece una aproximación a un enfoque más integral, el cual intenta entender cómo los problemas de alimentación y salud se relacionan con procesos sociales, culturales, políticos y económicos. Esta ciencia a partir de un enfoque sociomédico interpreta la desigualdad social en salud como una de las causales de enfermedad, y considera como un “acto inmoral e injusto”, innecesario, no inevitable y no irremediable (11), que exige un cambio en el paradigma y las formas de organización de la sociedad.

La IASD debería asumir una postura más crítica en aras de defender la filosofía que aunque es bien intencionada y noble, presenta áreas sensibles y que al defenderla deberían señalar de manera responsable los alcances y limitaciones que los EVS tienen; de otra forma, acrecentaremos la culpa de aquellos a quienes por razones económicas (y no espirituales) se les imposibilita estar en regla con un estilo de vida en concordancia con la pauta confesional.

De acuerdo con lo expuesto, la principal limitación que comportaría el enfoque de estilo de vida saludable para los miembros de la IASD, en lo que concierne a dieta, ejercicio y descanso, excluyendo el consumo de sustancias (alcohol, café, tabaco y drogas psicoactivas), es que difícilmente pudiera ser extrapolable a la mayoría de personas de esta comunidad, en vista de sus limitaciones socioeconómicas. La mayoría de los adventistas se concentran en regiones de renta baja (89%), en países donde existen los mayores niveles de inequidad, desastres y guerras. Así, considerando que la mayor cantidad de estos adventistas se ubica en África (donde prevalecen las condiciones más extremas de hambre y pobreza crónicas), Latinoamérica y el Caribe (70%) (20), es posible concluir que la mayoría de los adventistas en el mundo son de escasos recursos, sin determinar cuántos están por debajo de la línea de pobreza y de miseria, respectivamente.

Los estudios científicos que demuestran las ventajas del enfoque de estilo de vida adventista se han concentrado en países de renta alta como Estados Unidos, Dinamarca, Holanda y Japón, con excepción de Polonia, que es el único país en vía de desarrollo que se menciona en la literatura (3, 7, 8, 9, 10); algunos de estos estudios han tenido énfasis en población blanca no hispana adventista residentes en la localidad de Loma Linda, California, Estados Unidos, una de las comunidades más solventes de ese país, con ingresos medios por hogar de 38.204 dólares, con una tradicional formación en salud y ciencias médicas (22).

Conclusión y recomendaciones

Dado que en este análisis no se encontró literatura científica que analice los EVS en adventistas de países o comunidades de renta baja y condiciones de pobreza, se concluye que los EVS promovidos por la filosofía adventista presentan los siguientes desafíos:

- La conducta individual en lo que se refiere a la escogencia de EVS requiere unas condiciones sociales, políticas y económicas favorables para que sean viables.
- Los EVS podrían ser una limitación a la hora de realizar educación en salud y prevención de la enfermedad, especialmente en comunidades adventistas no institucionalizadas.
- Los profesionales de la salud adventistas pueden revisar las estrategias para la intervención de la pobreza e inequidad, así como

los como las que realiza la Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA) en algunos países de África y Sudamérica.

- Se requiere que la comunidad científica adventista avance en estudios basados en la evidencia, que posibiliten analizar los hábitos de vida y salud de la comunidad, asociados a condiciones de pobreza e inequidad, en situaciones de guerra, desplazamiento, desastres y poblaciones en adaptación al cambio climático.

- Generar discusiones de orden académico y científico entre los profesionales de la salud

adventistas, para analizar los patrones de morbilidad, mortalidad, padecimiento discapacidad y muerte, a partir de los elementos que ofrece la epidemiología social y no solamente en el énfasis biológico y morbiocéntrico que propone la epidemiología clínica. La discusión con profesionales en ciencias sociales y del comportamiento posibilitaría realimentar el enfoque.

- La IASD requiere ser cautelosa a la hora de promover estrategias centradas en EVS, con el fin evitar segregar o acentuar las desigualdades.

Bibliografía

1. Gómez, A. R. La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 20, No. 1. (2002).
2. Bosch, O. De Flexner a la educación médica orientada a resultados. II Congreso de la Sociedad de Educación Médica de Euskadi. Bilbao. (2006). http://www.ehu.es/SEMDE/II_congreso/PDFs/01_SEMDE_II.pdf
3. Fuentes, S. G. EVS y teología. Tiempo de elección, tiempo de decisiones. *Revista Estilo de Vida Saludable*. (2012). 4-6. Disponible en Internet. http://adventistaslascondes.cl/revista_salud/ESTILOS_DE_VIDA_SALUDABLE_1ra_E_2012.pdf. Consultada mayo 17 de 2012.
4. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare, 1974.
5. Álvarez Pérez, G.; García Fariñas, A. y Bonet Gorbea, M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología Revista Cubana Salud Pública* (2007); 33(2). Disponible en Internet: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu13207.htm. Consultada el 4 agosto de 2012.
6. Cerecero, P.; Hernández; B.; Aguirre, D.; Valdés, R. y Huitrón, G. Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. *Salud Pública México*, Cuernavaca, V. 51, N°. 6, dic. 2009. Disponible en Internet http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600004&lng=es&nrm=iso. Consultado agosto 3 de 2012.
7. Buettner, D. (2005). Longevidad: los secretos para una larga vida. *National Geographic*. Nov. 2005.
8. Beeson, W. L.; Mills, P. K.; Phillips, R. L.; Andress, M. y Fraser, G. E. Chronic disease among Seventh-day Adventists, a low-risk group. Rationale, methodology, and description of the population. *Cancer*. (1989). Aug 1; 64(3): 570-81. Disponible en Internet. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2743251> Consultada el 17 de agosto de 2012.
9. Mills, P. K.; Beeson, W. L.; Phillips, R L. y Fraser, G. E. Cohort study of diet, lifestyle, and prostate cancer in Adventist men. *Cancer*. (1989). Aug 1; 64(3): 598-604. Disponible en Internet. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2743254>. Consultada el 17 de agosto de 2012.
10. Beeson, L. La ventaja adventista. *Diálogo Universitario*.
11. Ortiz Hernández, L. La necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y la nutrición. En: Jarillo, S. E. y Guinsberg, E., edit. *Temas y desafío en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; (2007). p 127-152.

12. Durante la fase post-desastre del terremoto de 2010, el autor evidenció en las instituciones adventistas la provisión de comida con proteína de origen animal en virtud de la inseguridad alimentaria generalizada que afectó a la isla.

13. Algunos países como Colombia han despenalizado la dosis mínima de marihuana y cocaína.

14. Crawford, R. You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *The international Journal of Health Services*, 7 (4), (1977), p. 663-689.

15. El pluralismo estructurado es el modelo político económico formulado por el Banco Mundial, cuyos ideólogos fueron los doctores Julio Frenk y Juan Luis Londoño, para la implantación de modelos de salud neoliberales en Latinoamérica y el Caribe (LAC), en los que se insta a los Estados a abandonar las ideas bienestaristas de la salud como derecho público fundamental, para convertirse en un servicio privado sometido a las fuerzas del mercado. Chile es el primer país en asumir la privatización de la salud en LAC, seguido de Colombia, que lidera el proceso en la implementación del pluralismo estructurado, materializado a través de la Ley 100 de 1993.

16. Frenk, J. y Londoño, J. L. El costo de no reformar. *Revista Cuestión Social*

México. 1998. N° 42.

17. Martínez, J. A. Obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Serie en Internet*. Vol. 25, Sup. 1. (2002). Disponible en Internet: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_1.html. Consultada el 17 de agosto de 2012.

18. Simón, E y Del Barrio, A. S. Leptina y obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 25, Sup. 1. (2002)*. Disponible en Internet: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_1.html Consultada el 17 de agosto de 2012.

19. Causas de la obesidad. Madrid: Sano y saludable. Enero 11 de 2012. Disponible en Internet. <http://www.causasde laobesidad.com/cat/causas-de-la-obesidad/1> Consultada el 17 de agosto de 2012.

20. Agencia Adventista de Noticias. Los adventistas ya son más 16,6 millones en el mundo. *Igreja Adventista do Sétimo Dia - Portal Oficial*. Disponible en Internet: <http://www.portaladventista.org/portal/asn---espa/3790-los-adventistas-ya-son-mas-166-millones-en-el-mundo> Consultada en agosto 20 de 2012.

21. Wikipedia, the free encyclopedia. Loma Linda, California. Disponible en Internet: http://en.wikipedia.org/wiki/Loma_Linda,_California. Consultada el 20 de agosto de 2012.