



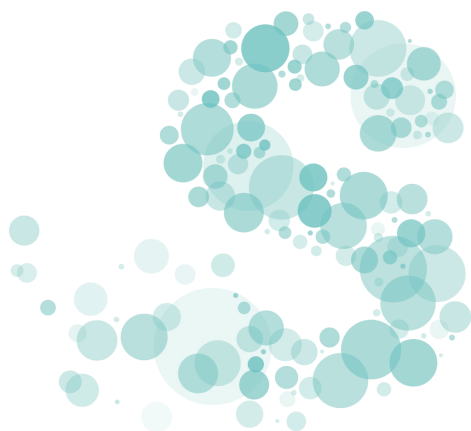
Formación en salutogénesis y **activos** para la salud



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

MARIANO HERNÁN
ANTONY MORGAN
ÁNGEL LUIS MENA

EDITORES



Formación en salutogénesis y activos para la salud

MARIANO HERNÁN

ANTONY MORGAN

ÁNGEL LUIS MENA

EDITORES

Agradecemos la colaboración para la edición de este libro a todos los autores que tan generosamente nos han proporcionado sus manuscritos y a la editorial Springer por las facilidades para la traducción y adaptación de ellos. También agradecemos la colaboración de la Secretaría General de Salud Pública Inclusión Social y Calidad de Vida de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, sin cuyo apoyo no habría sido posible esta obra y a todo el equipo de nuestra institución que nos ha dado facilidades en todo momento para que el trabajo haya sido fruto de los activos personales e institucionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Edita

Escuela Andaluza de Salud Pública
www.easp.es

Diseño y maquetación

Catálogo Publicidad, S.L.

ISBN

978-84-695-7462-1

With kind permission from Springer Science+Business Media: Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action, chapters 1, 2, 4. New York: 2010, Morgan A, Ziglio E, Davis M, editors. Copyright Springer Science+Business Media LLC 2010.

Los capítulos 3, 4 y 5 se reproducen traducidos con permiso de Springer Science+Business Media de la obra: Morgan A, Ziglio E, Davis M, editors. Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action. New York: 2010.



© Todos los derechos reservados excepto en los artículos indicados de Springer Science+Business Media.

Esta publicación es gratuita y puede copiarse, distribuirse y comunicarse públicamente siempre que no se altere su contenido, se cite la autoría y no se haga con fines comerciales.

Traducción capítulos 3, 4 y 5

Morote Traducciones

Índice

Prólogo	9
----------------------	---

Parte 1. Lo que sabemos

1. Los activos para la salud personales, familiares y comunitarios	15
MARIANO HERNÁN, CARMEN LINEROS Y ANTONY MORGAN	
2. Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo	27
FRANCISCO RIVERA, PILAR RAMOS, CARMEN MORENO, MARIANO HERNÁN E IRENE GARCÍA-MOYA	
3. Revitalizando el conocimiento basado en la evidencia de la salud pública: un modelo de activos	47
ANTONY MORGAN Y ERIO ZIGLIO	
4. Un abordaje salutogénico para reducir las desigualdades en salud	67
BENGT LINDSTRÖM Y MONICA ERIKSSON	
5. El mapeo de activos en la comunidad	103
JOHN MCKNIGHT	

Parte 2. Lo que hacemos

6. Salutogénesis y activos para la salud, implantación de una estrategia formativa	129
MARIANO HERNÁN, ÁNGEL LUIS MENA Y ANTONY MORGAN	
7. Proyectos basados en el modelo de activos y salutogénesis en Andalucía	133
• Infancia-Adolescencia	137
• Grupos vulnerables	148
• Acción local	155
• Hábitos saludables	169
• Otros	179



Prólogo

La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud focalizando la mirada hacia aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Aunque pueda parecer utópico, por medio de la búsqueda de un enfoque de salud positiva lo que hacemos es trabajar para que las personas vivan más felices.

En esta forma de planificar y actuar en la salud pública gana valor la idea de los activos para la salud y las teorías relacionadas con la Salutogénesis y el origen de la salud, que avalan que las personas son capaces de hacer cosas por su salud aprendiendo a responder a los retos del ambiente.

El enfoque de la salud pública centrado en la prevención ha generado barreras contra la enfermedad y nos ha dado y dará en el futuro buenos resultados pero ahora, poco a poco, vamos necesitando dar pasos hacia el enfoque de la salud pública positiva.

La conceptualización de “activos para la salud” y “salud positiva” sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones orientadas al bienestar, el crecimiento y el envejecimiento saludables poniendo énfasis en el origen de la salud. De ahí el interés actual por los recursos positivos o activos para la salud de las personas y las comunidades.

La ley 16/2011, de Salud Pública de Andalucía, en su artículo 68.5 especifica que “la Consejería con competencias en materia de salud, con la colaboración institucional pública y privada, potenciará la identificación y el aprovechamiento de los recursos o activos con los que cuentan las personas y los colectivos como factores protectores para mejorar su nivel de salud y bienestar, con especial

Formación en salutogénesis y activos para la salud

atención a la promoción del deporte, el baile, el estímulo de los estilos de convivencia y comunicación propios de Andalucía, la dieta mediterránea, el intercambio generacional y otros activos de los que se tenga constancia por su carácter saludable”. En función de este enunciado, el Plan Andaluz de Salud, actualmente en tramitación, contempla como uno de sus seis compromisos “generar y desarrollar los activos de salud de nuestra comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza”.

Cada comunidad tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias que constituyen un valioso arsenal para la salud. **Necesitamos aplicar en la práctica metodologías que** enfatizan el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y de las comunidades en nuestras ciudades, pueblos y barrios de Andalucía. Eso nos permite, como ya nos está ocurriendo en muchos de nuestros programas de salud pública y promoción de la salud, descubrir los recursos individuales, colectivos y ambientales existentes en el territorio.

Tenemos alta capacidad de resolución médica y de cuidados en procesos complejos que afectan a las vidas de las personas, pero un reto actual es fortalecer la formación de nuestros profesionales centrándonos en potenciar la capacidad para colaborar y detectar los recursos, costumbres y elementos culturales y ambientales ya existentes en las comunidades y en las personas que las integran y conectar mejor nuestros conocimientos y habilidades con la ciudadanía y con otras instituciones para responder a las necesidades e intereses de las personas a lo largo de todo el devenir del río de la vida.

Trabajar en esta línea, tanto en investigación como en docencia, es un reto actual y de futuro para la salud pública y desarrollar en profundidad los fundamentos teóricos y las evidencias en activos en salud, salutogénesis y evaluación de las intervenciones nos va a facilitar la tarea eficiente a los salubristas.

Este texto, fruto del trabajo de un grupo de autores de amplia formación y experiencia en la materia, coaligados alrededor de los Seminarios de Salutogénesis y Activos para la salud, potenciados por La Consejería de Salud y Bienestar Social

desde la Secretaría General de Salud pública, Inclusión social y Calidad de vida, contiene información teórica y empírica contrastada y de primera mano.

La primera parte nos da una panorámica sobre las teorías salutogénicas y de los activos para la salud escrita por los autores y autoras más relevantes y en gran medida referentes internacionales de esas teorías. En la segunda parte se concretan y exponen diseños prácticos de intervenciones sobre el territorio en las que se proponen acciones en promoción de la salud centradas en los activos para salud, el patrimonio saludable y el enfoque salutogénico, tanto en lo referente a la identificación de activos, como en lo relativo a mapas de activos. También se aportan diseños para el estudio del sentido de la coherencia que fundamenta en gran medida la teoría de la salutogénesis.

La lectura y la consulta de este libro que tengo el placer de prologar nos va a permitir fundamentar, avanzar y profundizar más en la orientación hacia la Promoción de la Salud y los activos para la salud de nuestras intervenciones y políticas públicas.

Josefa Ruiz Fernández

SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, INCLUSIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA

PARTE 1

Lo que sabemos



1

Los activos para la salud personales, familiares y comunitarios

MARIANO HERNÁN, CARMEN LINEROS Y ANTONY MORGAN

Oportunidades para la salud individual y comunitaria

Aron Antonovsky planteó su modelo factorial del Sentido de la Coherencia (SOC) construyéndolo a partir de componentes principales que caracterizan comportamientos en salud de los individuos:

1. la *comprensión* de lo que acontece,
2. la visión de las propias habilidades para *manejarlo* y
3. la capacidad de convertir lo que se hace en satisfactorio y con *significado* para la vida (*Antonovsky 1996*) (Antonovsky, 1987).

Además, identificó que la capacidad de resistir conecta con la base de su modelo salutogénico; la resistencia o resiliencia (Luthar & Zigler 1991) entendida como respuesta a los retos del ambiente. Otros autores habían relacionado con la salud o con la inteligencia la capacidad de adaptación al medio (Dubos, 1959) (Piaget J, 1971). La teoría salutogénica identifica Recursos Generales de Resistencia (GRRs) que sustentan el comportamiento del individuo y proceden de su propio yo, de su contexto sociocultural y del entorno físico y natural.

Parte 1. Lo que sabemos

Para comprender esta visión conviene recordar que algunas personas muestran una buena adaptación a la vida a pesar de haber estado expuestas a adversidades. La autoestima, autoeficacia, optimismo, apoyo familiar, redes sociales protegen a las personas de los efectos negativos de las situaciones adversas (Luthar & Zigler 1991). Y unas personas evolucionan en la adversidad de modo diferente a otras.

El hallazgo principal del modelo salutogénico es que el SOC correlaciona con la salud percibida y con la calidad de vida percibidas. Es decir, que las personas con una alta puntuación en SOC suelen tener una buena percepción de su propia salud.

El enfoque de la salud pública orientado a la prevención está dando un cambio hacia la salud pública positiva. La tendencia tradicional, centrada en la protección, la prevención y el énfasis en la reducción de los factores de riesgo o generación de barreras para la enfermedad se está reorientando hacia una forma de ver las acciones en salud, focalizando en lo biosicosocial, muy ligado al origen y desarrollo de la Atención primaria de salud (De la Revilla, L. 1993) y en aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. En este modelo que revitaliza la promoción de la salud (OMS, 1986) va a ganar valor la idea de *activos* para la salud o el patrimonio de las personas y las sociedades para tener, mantener o mejorar la salud.

Un *activo para la salud* se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar (Morgan A. & Ziglio E. 2007; Morgan A., Davis M & Ziglio E., 2010).

La conceptualización de *activos para la salud* sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones sanas, orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable. Este enfoque en salud pública lo han aportado la medicina social, la salud mental, así como ciencias afines como la sociología, la psicología y en especial las teorías del desarrollo y el aprendizaje humanos.

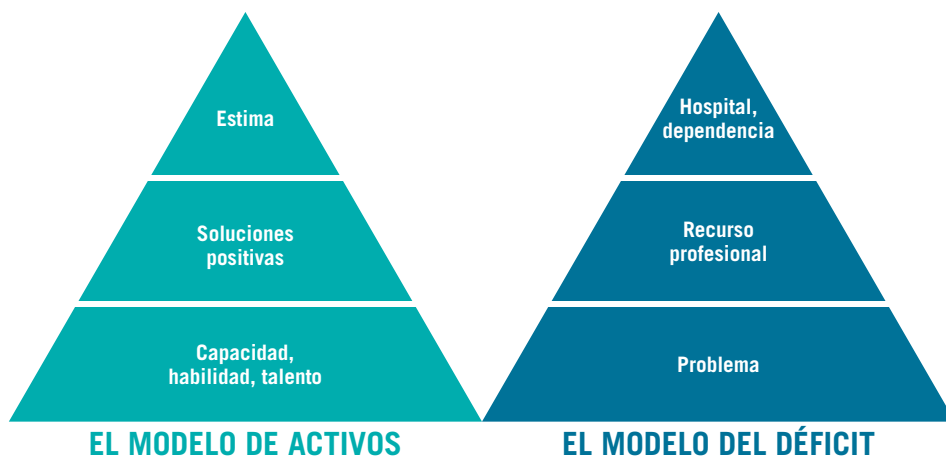
La óptica no patogénica conocida también como perspectiva salutogénica (Antonovsky, 1987) o de la salud positiva (Scales, 1999) pone énfasis en el *origen de la salud* y no en el *origen de la enfermedad* y se centra en preguntas como: ¿Qué ocurre para que algunos prosperen y otros enfermen en situaciones similares? ¿Dónde están los factores de éxito para la salud?

Además, el modelo de los activos comunitarios (Kretzman & McKnight, 1993) se sustenta en una metodología que enfatiza el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y barrios menos favorecidos. Este método trata de identificar el mapa de activos (Kretzman & McKnight, 1993) o fortalezas de la comunidad para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto. Es un proceso diferente a la práctica de inventariar y diagnosticar las deficiencias de individuos y comunidades, tradicionalmente utilizado en los diagnósticos de salud. Este método reconoce que cada comunidad tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias que constituyen un valioso arsenal que puede usarse y es un valor del contexto. El inventario o mapa de activos va más allá de la lista de problemas y necesidades de las comunidades, que se utiliza para la asignación de recursos, y es propio del modelo experto o profesional. La alternativa la encontramos en el mapa de activos como proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad, no sólo individual sino también de las asociaciones ciudadanas, iglesias, clubes, grupos culturales, escuelas, bibliotecas, hospitales, universidades, gimnasios, comedores, parques, etc.

Como expresa la figura 1.1:

1. En las teorías y la práctica del modelo del déficit en la base está el problema, que busca para su solución el recurso profesional y que tiende a depender del servicio de salud.
2. En las teorías y la práctica del modelo de activos la capacidad, la habilidad y el talento de los individuos, las familias y las comunidades, buscan soluciones positivas que les fortalezcan su autoestima para resolver los retos del ambiente.

Fig. 1.1. Perspectivas de los modelos de déficit y activos



Elaboración propia

Los activos par la salud en la infancia y la adolescencia. Una base segura para crecer en el río de la vida

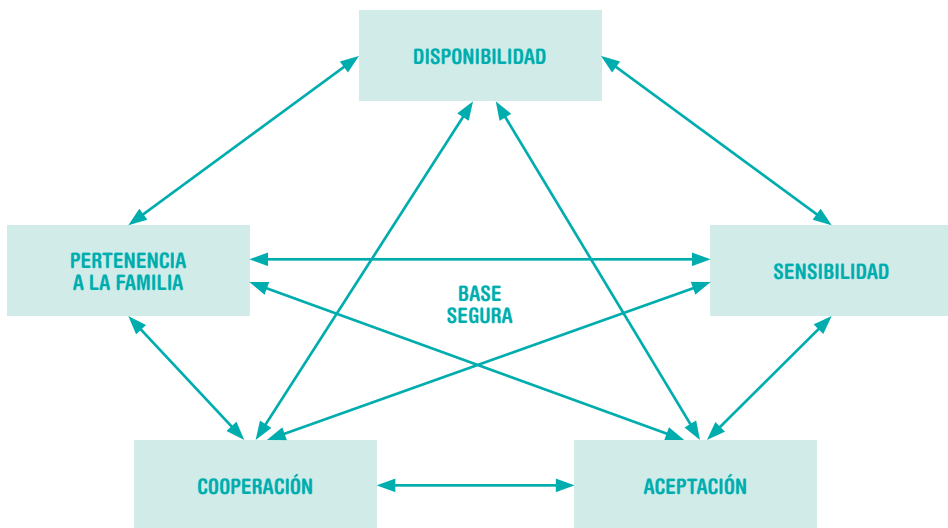
En los primeros años de la vida de las personas, esta visión positiva de la salud encuentra un espacio idóneo para su comprensión. En los momentos y contextos más idóneos del desarrollo vital o *río de la vida* (Lindstrom & Eriksson, 2009), el abordaje de la promoción de la salud desde la óptica de los activos será más proclive a dar resultados en salud. Concentrar esfuerzos en las etapas o situaciones clave del crecimiento facilita aprender a vivir más saludablemente. Por eso destacamos el trabajo de la promoción de la salud hacia la Infancia y la adolescencia, en busca del aprendizaje y las competencias para afrontar retos de la vida.

Por otro lado, la potencialidad del crecimiento y desarrollo vital saludable puede ser fortalecida si existe una base segura para vivir. Pensar en una *base segura para crecer* (Bowlby 1998) nos permite otro enfoque de los activos para la salud basado en el apego y estímulo del proceso de desarrollo de niños y niñas a partir de los primeros años de vida.

La base segura (figura 1.2) está fuertemente ligada a las relaciones parentales, ayudar a las personas menores de edad a sentirse miembros de una familia, a tener confianza, para controlar o gestionar sus sentimientos, a ser competentes (desarrollar sus propias competencias) y cooperativos, o generar un clima social y familiar en el que los niños y niñas se sientan responsables y aceptados puede predecir un futuro más saludable.

Fig. 1.2. Dimensiones de la interacción parental: estrella de la base segura Bowlb y y Schofield

Adaptación de Hernán M.



Experiencia para aplicaciones del modelo emergente de los activos para la salud

Los trabajos e investigaciones de Lindstrom y Eriksson (2009) sobre hábitos de salud, salutogénesis y SOC en los escolares han permitido obtener e identificar la lista de activos para la salud en los escolares de países nórdicos. La lista se obtuvo desarrollando una investigación empírica que permitió saber cuáles eran los activos que de modo más redundante aparecían entre la opinión de los chicos y chicas de países nórdicos.

Parte 1. Lo que sabemos

- Desarrollo de actividad física
- Peso en rango normalizado
- Salud sexual
- Auto percepción de salud
- Auto percepción de felicidad
- Contribuir con la comunidad
- Relaciones positivas en la familia
- Valores sociales positivos
- Buenas relaciones con los pares
- Percepción significativa de la vida
- Satisfacción con la vida
- Interrelación con otros
- No evidencia de depresión
- No tentativas de suicidio
- No problemas de salud mental o emocional
- No embarazo precoz

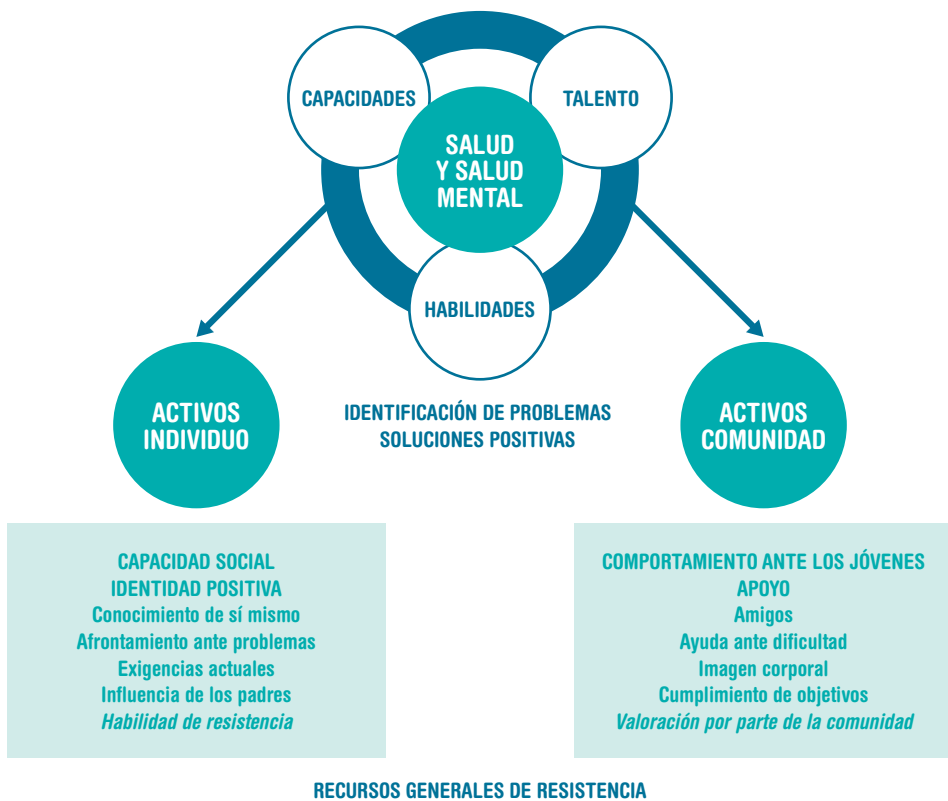
En la actualidad, el Search Institute (www.search-institute.org/assets/forty.htm) está generando ejemplos e identificando 40 activos a reforzar en la infancia, la adolescencia y la juventud que se sustentan sobre la base de cuatro bloques de activos externos o “sociales” y otros cuatro bloques de activos internos o “personales” (figura 1.3).

Fig. 1.3. Modelo de salud positiva en la adolescencia, la infancia y la juventud del Search-Institute

ACTIVOS EXTERNOS	ACTIVOS INTERNOS
<ul style="list-style-type: none">• Apoyo• Seguridad y respeto• Límites y expectativas• Uso constructivo del tiempo	<ul style="list-style-type: none">• Compromiso de aprendizaje• Valores positivos sanos• Capacidad social• Identidad positiva y control

Otras investigaciones en líneas similares (Sánchez, Lineros & Hernán, 2009), (Botello & Hernán, 2009) aportan ejemplos en Nicaragua y España, sobre los activos para la salud (figura 1.4), tanto personales, como sociales, que han sido identificados por los jóvenes. En Nicaragua, a partir de la Encuesta Nacional de Juventud y en Huelva (España) a partir de una investigación etnográfica diseñada expresamente para ello.

Fig. 1.4. Ejemplo sobre Activos para la Salud identificados por jóvenes de Nicaragua y Huelva-España



Retos actuales del modelo de activos

Pensar en activos para la salud no nos obliga a descartar el modelo del riesgo, centrado en la prevención de los problemas, pero empieza a ser más sugerente detectar los recursos y las capacidades de las personas y las comunidades y potenciar las acciones para reforzar y utilizar las fortalezas de los individuos, las comunidades y las naciones, sustentándose en las oportunidades para mantener la salud o mejorarla. Sabemos que ambos enfoques, el de la prevención de la enfermedad y el déficit o el de los activos para la salud y la promoción de la salud, se complementan y en ese complemento puede residir el éxito de las futuras acciones en promoción de la salud, ambos enfoques pueden ser coherentes con el modelo biopsicosocial, lo que nos conduce a pensar que es necesario saber más sobre lo que afecta al bienestar, y por tanto, sobre la efectividad de la promoción de la salud para generar salud (Morgan & Ziglio, 2007) y (Lindstrom & Ericsson, 2009).

El modelo de los activos tiene que actuar sobre los mapas de activos empíricamente, ensayando el uso de metodologías y técnicas apropiadas (Botello et al. 2012).

Los profesionales de la salud que atienden a individuos, familias y comunidades tienen ahora el reto de determinar sobre dónde están los elementos positivos en las personas y los contextos en los que desarrollan su tarea. A la gente le gusta las buenas noticias y huye de las malas.

También es necesario incorporar a nuestra forma de pensar en salud pública: métodos que nos permitan identificar dónde están los recursos de esta comunidad concreta, dónde están los factores positivos de la macroestructura en la que viven estas personas, y colocar como alternativa a la pregunta ¿de qué enferman y mueren mis pacientes? otra pregunta: ¿de qué y cómo viven las personas de mi comunidad? Es preciso indagar sobre dónde están los recursos positivos en el mapa de la comunidad (Kretzman & McKnight, 1993) ya que sabemos que es factible generar el mapa de activos sustentados en las

potencialidades y los intereses de la comunidad como alternativa a los tradicionales diagnósticos de salud basados en el déficit y en el conocimiento exclusivo del experto.

Las investigaciones en la materia dan muestra de evidencias empíricas por medio de modelos válidos en los que se identifican factores y relaciones entre salud y activos para la salud, pero estamos en un momento en el que se hace necesaria la investigación sobre la práctica y sus efectos. Una línea sugerente es la desarrollada por Morgan, Hernán & Ziglio que identifican con el conocimiento o el saber (*Assets for knowing*) y con la acción (*Assets for doing*) los activos para la salud. Este modelo y su esquema puede verse en la *Parte 2, Lo que hacemos* de este documento.

EL MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD. RESUMEN

- Se centra en los **factores de protección y promoción de la salud positiva** para la creación de la salud más allá de la prevención de la enfermedad.
- Ayuda a **reconstruir el conocimiento existente y a reunir nuevo conocimiento** para facilitar a los legisladores y especialistas la promoción de enfoques positivos para la salud, el bienestar y el desarrollo.
- Promueve **un enfoque del curso vital** para comprender los activos clave en cada fase clave de la vida.
- Se centra en la necesidad de **implicar a jóvenes y comunidades en todos** los aspectos del proceso de desarrollo de la salud.
- Reconoce que muchos de los activos clave para crear salud se encuentran dentro del **contexto social de las vidas de las personas** y por tanto cuenta con la oportunidad de contribuir a equilibrar las desigualdades de salud.

Parte 1. Lo que sabemos

Más allá de estos elementos de discusión y los desafíos y retos que generan, es evidente que hoy el modelo positivo puede ser el desencadenante de intervenciones sustentadas en los determinantes sociales de la salud y en los procesos de promoción de la salud ligados a otras políticas que se hacen en sectores no sanitarios. Así, tal y como proponen Lindstrom y Eriksson (2009) desde la óptica de salud en todas las políticas se precisan nuevas reflexiones y acciones en los diversos contextos y con diferentes segmentos de la población, con el propósito de ubicar los activos para la salud a lo largo del curso vital.

Bibliografía

- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. *Health Promotion International* vol. 11, pp. 11-18.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Botello, B. & Hernán, M. (2009). *Opiniones de los jóvenes sobre la salud mental en Huelva según el modelo de activos*. *Gaceta Sanitaria*. 33. 96.
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., Nieto, J., et al. (s. f.). *Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad*. *Gaceta Sanitaria*, (0). doi:10.1016/j.gaceta.2012.05.006.
- Bowlby, J. (1998). *Apego y pérdida*. Paidós Ibérica. Barcelona.
- De la Revilla, L. (1993). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. 1993 Información general. Barcelona: Doyma.
- Dubos, R. (1959). *Mirage of health*. Harper r. New York.
- Kretzman, J.P. & McKnight, J.L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: a Path Toward Finding and Mobilizing a Community Assets*. ACTA Publications, Chicago, Illinois.
- Lindstrom, B. & Eriksson, M. (2009). *The salutogenic approach to the making of HIAP/healthy public policy: illustrated by a case study* *Global Health Promotion* 2009; 16; 17.
- Luthar, S. (2006). *Resilience in development: A synthesis of research across five decades*. In Cicchetti D., Cohen DJ (ed). *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation*. New York. Wiley.
- Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). *Revitalising the evidence base for public health: an assets model*. *Promotion & Education*, 2, 17-22.
- Morgan, A., Davis, M. & Ziglio, E. (2010). *Health assets in a global context: theory, methods, action*. New York: Springer.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

- Piaget, J. (1971). *Los estadios en la psicología del niño*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sánchez, D.Y., Lineros C. & Hernán M. (2009). *Potenciales activos para la salud de la juventud Nicaragüense captados por la primera encuesta nacional de juventud*. *Gaceta Sanitaria*. 33, 303.
- Scales, P. C. & Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development*. Minneapolis, MN: Search Institute.



2

Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo

FRANCISCO RIVERA, PILAR RAMOS, CARMEN MORENO,
MARIANO HERNÁN E IRENE GARCÍA-MOYA

Desde los comienzos de la historia de la humanidad existen indicios del esfuerzo de las sociedades por conservar la salud de sus pueblos (e.g., egipcios, indostaníes, hebreos, griegos...). Ahora bien, el papel de la salud pública como ciencia y la inclusión de la restauración de la salud como una de sus prioridades se consideran hitos relativamente recientes (Rosen, 1993; Porter, 1999).

La revolución industrial y la modernización pareja sucedida en la sociedad occidental tuvieron mucha relevancia en el desarrollo de la versión moderna de la salud pública a mediados del siglo XIX. Esta revolución tecnológica provocó importantes cambios en las condiciones de vida de las personas, cambios que conllevaron nuevos problemas de salud, cuyas estrategias de control necesitaban de “acciones a gran escala”. Es decir, con la revolución industrial y la modernización surgió la necesidad de crear acciones comunitarias destinadas a intentar solucionar o, al menos, prevenir los grandes problemas de salud pública. Sin embargo, como constatan algunos autores, esta acción comunitaria tenía el peligro

Parte 1. Lo que sabemos

de distanciarse de la realidad más particular, implementando acciones que no tenían como prioridad la consideración de los efectos en el individuo (Bauman, 1989; Giddens, 1991).

Al mismo tiempo, el gran avance del conocimiento científico en campos como la biología, la química o la microbiología contribuyó a la proliferación de especialistas, que profundizaban en los conocimientos técnicos de determinados aspectos de la medicina, pero que desconocían el poder de los factores psicológicos en los mecanismos de la salud y la enfermedad (Matarazzo, 1994). Es decir, la relación médico-paciente (caracterizada por la empatía, la comprensión y la actitud cuidadora hacia la persona enferma) cada vez contaba con menos prestigio, a pesar de haber sido un componente integral y terapéuticamente necesario en la práctica de la medicina de antaño, cuando los profesionales tan solo contaban con algunos medicamentos para tratar a los pacientes.

En este nuevo contexto científico, inspirado en el dualismo mente-cuerpo, surgió el modelo biomédico, que entendía la enfermedad como un fallo de algún elemento de la *máquina* (cuerpo) y, como consecuencia, concebía el trabajo del médico como el de un *mecánico*: diagnosticar el fallo y reparar la maquinaria. Es decir, la salud y la enfermedad pasaron a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos (Engel, 1977).

Lejos de mostrar preocupación por estas debilidades, la sociedad occidental de la época continuó apoyando el imparable avance científico-técnico. A mitad del siglo XIX surgió una nueva teoría que revolucionó la concepción del origen del ser humano. Charles Darwin planteó una explicación científica del origen del ser humano a partir de la evolución de las especies, dudando así de la explicación divina que había sido aceptada prácticamente de manera generalizada hasta el momento. Fue así aumentando el orgullo y la ilusión por la modernidad y por el éxito del avance tecnológico, científico e industrial. De hecho, cada vez se planteaba más claramente el ideal de ser humano capaz, gracias a sus nuevas herramientas tecnológicas, de eliminar todos los problemas y defectos de la sociedad. Este ideal, ya ciertamente llevado a extremo, incluso planteó la

posibilidad de producir seres humanos perfectos con la ayuda de la ciencia y el control genético, tal y como defendió precisamente el primo de Charles Darwin, Francis Galton, con su proyecto de eugenesia. Como explica Bauman (1989), fueron estos ideales eugenésicos los que, en la segunda década del siglo XX, fueron llevados al extremo por la ideología nazi, que alcanzó el poder en Alemania gracias al Partido Nacional Socialista Alemán. Fue en esta situación socio-cultural cuando la salud pública, malentendida por la ideología eugenésica nazi y a través de la simple medición estadística y de los métodos epidemiológicos utilizados en el Holocausto, llevó a término el peligro que líneas más arriba hacía referencia.

Precursores del modelo salutogénico: nacimiento de la salud pública moderna y conceptualización amplia de salud

Después de las dos guerras mundiales y de las atrocidades perpetradas en la lucha por el dominio del mundo tecnológico, financiero, económico y político, en la segunda mitad del siglo XX, la sociedad, como en épocas anteriores, aun perseguía el sueño por el “mundo ideal”. Ahora bien, después de vivir los horrores de las guerras, este objetivo se planteaba desde la filosofía del respeto por los Derechos Humanos. De este modo, en 1945 surgió una entidad comunitaria global donde todas las naciones podían contribuir a una buena sociedad, guiadas y protegidas por una institución común, las Naciones Unidas y sus organismos especializados. Con esta nueva institución se garantizaba una asociación de gobiernos global que facilitaba la cooperación en asuntos como el derecho internacional, la paz y la seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los Derechos Humanos.

En el seno de esta nueva organización, el 7 de abril de 1948 se constituyó la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un organismo especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud de ámbito mundial. El objetivo más ambicioso de la OMS era lograr que todos los pueblos alcanzasen el nivel de salud más elevado posible.

Parte 1. Lo que sabemos

Este magnánimo interés, concordante con el optimismo de la época, se pone de relieve en la Carta Magna promulgada por esta organización, cuyos puntos sobresalientes son:

- El ser humano tiene derecho a gozar del más alto grado de salud.
- La salud de todos los pueblos es fundamental para el logro de la Paz y la Seguridad y depende de la cooperación de los individuos y de las naciones.
- La desigualdad en la promoción de la salud en los diferentes países y en el control de las enfermedades, especialmente las transmisibles, constituye un estado de riesgo general.
- La opinión informada y la cooperación activa del público son de vital importancia para el progreso de la salud en las naciones.
- Los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de sus pueblos.

En la línea de estos elevados objetivos, la OMS propuso definir la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades (World Health Organization WHO, 1948). Una interpretación literal de esta definición sugiere que los individuos y las comunidades saludables deben poseer ciertos atributos deseables y no meramente estar libres de enfermedad o incapacidad.

Esta nueva forma de ver la salud, más amplia y global, surgió dentro del movimiento que ya se había iniciado de cuestionamiento del modelo biomédico. Algunos autores ya habían puesto en evidencia la dificultad que planteaba este modelo a la hora de tener en cuenta la influencia del contexto sociocultural en el proceso de enfermedad. Así mismo, este modelo clásico de salud, al estar fundamentado en la teoría del germen de la enfermedad (por la que cada enfermedad es debida a una causa simple), no podía explicar el efecto de variables extrasanitarias en la salud, ya sea la influencia de medidas de salud pública, de las condiciones sociales o de las conductas que llevaban a cabo las personas. Por lo tanto, es en este momento de descontento ante el modelo biomédico de salud cuando la OMS planteó su famosa definición de salud, que ha generado multitud de críticas y se ha convertido en objeto de debate y deseo, contando con defensores que ensalzan sus grandes ventajas

y detractores que señalan sus defectos (Piédrola, 2008). Entre las críticas, destacan los achaques a su ineficacia y su talante utópico, la equiparación de bienestar a salud, su índole estática, que no permite gradaciones, y el olvido de los aspectos objetivos a favor de los subjetivos. Ahora bien, entre las ventajas más reconocidas se encuentra, en primer lugar, el hecho de contemplar al individuo como un sistema total y no meramente como la suma de sus partes, propiciando una visión de la salud que atiende tanto al ambiente personal-individual como al externo y, en segundo lugar, el hecho de enfatizar la salud y no la enfermedad.

De cualquier modo, lo que no es cuestionable es que la definición de salud aportada por la OMS facilitó el nacimiento de un nuevo modo de abordar los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad. Nació así el modelo biopsicosocial de salud, con un acercamiento más comprehensivo que abarcaba los factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes en la interacción de la salud y la enfermedad (Engel, 1977).

Las bases teóricas de este nuevo paradigma se encuentran en la Teoría General de Sistemas (TGS), un esfuerzo de estudio interdisciplinario que surgió en los años cincuenta con el objetivo de encontrar las propiedades comunes a entidades (*sistemas*) que se presentan en todos los niveles de la realidad, pero que corresponden tradicionalmente a diferentes disciplinas académicas. Uno de sus principales promotores, Ludwig von Bertalanffy (1969), presentó la TGS como una teoría universal que podía aplicarse a muchos campos de estudio y que, en el caso de la salud, ofrecía un modelo de unificación y una perspectiva sobre el entendimiento de las personas en toda su complejidad y en interacción con el mundo que les rodea.

Una de las teorías más importantes que intentó operativizar y dar contenido teórico a este nuevo paradigma de la TGS en salud fue el modelo salutogénico creado por Aaron Antonovsky (1979, 1987), constituyendo actualmente una de las teorías más relevantes y con más trascendencia en la nueva conceptualización de salud.

Inquietudes de un médico-sociólogo: nacimiento del modelo salutogénico

Aaron Antonovsky nació en Estados Unidos en 1923 y sirvió en las tropas de este país durante la II Guerra Mundial. En 1960 emigró a Israel para trabajar en el Instituto Israelí para las Ciencias Sociales Aplicadas y en el Departamento de Medicina Social en la Universidad Hebrea de Jerusalén. En los años 70 comenzó a desarrollar el modelo salutogénico, que, como se expone a continuación, influyó en el pensamiento de los médicos y científicos del comportamiento por su explicación de los factores que forman las bases de la salud humana.

En una de sus investigaciones empíricas más importantes, Antonovsky estudió a mujeres nacidas entre 1914 y 1923 en Europa central, algunas de las cuales habían estado internadas en campos de concentración. Tal y como se esperaba, el grupo de supervivientes de los campos de concentración exhibía significativamente más signos de enfermedad en comparación con las mujeres del grupo control. Sin embargo, hasta el 29% de las antiguas prisioneras alegaron tener una relativamente buena salud mental, a pesar de sus experiencias traumáticas (Antonovsky, Maoz, Dowty & Wijsenbeek, 1971). Antonovsky se preguntó cómo estas mujeres lograron mantenerse saludables a pesar de la extrema presión que se ejerció sobre ellas. Este cambio de perspectiva, al formular la pregunta en positivo, influyó en todas sus investigaciones posteriores. En concreto, a partir de esta investigación, Antonovsky se planteó tres preguntas que fueron claves en la fundación de su teoría:

- ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales?
- ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades?
- ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?

Estas tres preguntas fueron, para Antonovsky, el punto de partida para sus investigaciones en salud. Como se deduce de lo anterior, el paradigma salutogénico y la salud pública posmoderna nacen paradójicamente en las cenizas de las víctimas

del Holocausto. En definitiva, a partir de las investigaciones centradas en una nueva forma de observar las consecuencias que tuvo en las personas los horrores de la guerra, el modelo salutogénico comienza a surgir. Y lo hace basándose en las siguientes asunciones (Antonovsky, 1987):

- el énfasis se hace sobre los orígenes de la salud y el bienestar,
- la principal preocupación se centra en el mantenimiento y realce del bienestar, y
- la hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos es rechazada en favor de la posibilidad de que los factores estresantes puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y, sobre todo, de la capacidad de las personas para resolverlos.

Antonovsky criticó el típico enfoque salud-enfermedad, basado en el modelo tradicional patogénico, en el que las condiciones de salud y enfermedad son por lo general mutuamente excluyentes. En su crítica hacia el tradicional enfoque occidental patogénico, Antonovsky propuso entender la salud en un continuo de salud-enfermedad. En este continuo, identificó dos polos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad). Según el autor, no es posible que un organismo vivo logre ninguno de los polos extremos del continuo, es decir, la salud perfecta o el estado completo de enfermedad. Por un lado, toda persona tiene alguna parte insalubre, a pesar de que pueda percibirse a sí misma como saludable. Por otro lado, aun en los casos terminales, mientras haya un soplo de vida, en alguna medida, algunos componentes de la persona se encuentran saludables. De esta forma, el énfasis no debe hacerse en el hecho de que una persona está sana o enferma, sino más bien en qué lugar del continuo se coloca, entre la salud perfecta y el completo estado de enfermedad.

Es precisamente en este continuo de salud-enfermedad donde Antonovsky encuentra puntos comunes con la Teoría General de Sistemas. Concretamente, Antonovsky considera que la salud no es un estado de equilibrio pasivo, sino más bien un proceso inestable, de autorregulación activa y dinámica. El principio básico de la existencia humana no es el equilibrio y la salud, sino el desequilibrio, la enfermedad y el sufrimiento. Es decir, la desorganización y la tendencia hacia la entropía están omnipresente en el organismo humano, como en cualquier otro sis-

Parte 1. Lo que sabemos

tema (Antonovsky, 1993). En un sentido figurado, Antonovsky empleó el concepto de entropía (término prestado de la termodinámica) como una expresión de la tendencia ubicua de los organismos humanos a perder su estructura organizada, así como a la capacidad de reordenarse de nuevo. Aplicado al campo de la salud, esto significa que la salud debe ser constantemente re-creada y que, al mismo tiempo, la pérdida de la salud es un proceso natural y omnipresente, ya que el caos y el estrés, lejos de ser realidades objetivas, son experiencias percibidas, surgidas de demandas internas y/o externas, que forman parte de las condiciones naturales de la vida.

Tal y como explican con detalle Lindstrom y Eriksson (2010), los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrolla con esta teoría son los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia.

Los *Recursos Generales de Resistencia* (GRRs) son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos Recursos Generales de Resistencia son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición, o los tiene accesibles en su entorno inmediato, tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Estos recursos ayudan a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Sin embargo, más allá de poseer estos recursos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer lo que Antonovsky llamó *Sentido de Coherencia* (*Sense of Coherence*, SOC en adelante), convirtiéndose dicho concepto en la clave de su teoría. De hecho, Antonovsky diseñó un cuestionario para medirlo (las diferentes versiones de este cuestionario, así como su traducción en varios idiomas, se encuentran disponibles en la página web del *Health Promotion Research Team, Folkhälsan Research Centre*).

Según el autor, el SOC estaría compuesto por tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente conductual o instrumental) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un

lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, el mostrarse capaz para manejarla y, finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar.

Un uso óptimo de los Recursos Generales de Resistencia da lugar a que las experiencias vitales se conviertan en promotoras de un nivel alto de SOC, una forma de percibir la vida y una capacidad para gestionar exitosamente el infinito número de complejos factores estresantes a los que hay que hacer frente a lo largo de la vida. Antonovsky (1987) define el SOC como una orientación global que expresa el grado en que uno tiene una omnipresente y duradera, aunque a la vez dinámica, sensación de confianza que se fundamenta en tres creencias: (1) que los estímulos derivados de los entornos internos y externos en el curso de la vida son estructurados, predecibles y explicables (son comprensibles); (2) que los recursos están disponibles para satisfacer las demandas planteadas por los estímulos (son manejables), y (3) que estas demandas son retos, dignos de invertirles esfuerzo y compromiso (son significativas). Lejos de las clásicas estrategias de afrontamiento, el SOC es flexible, no se construye en torno a un conjunto fijo de estrategias a dominar (Antonovsky, 1993). Es decir, se trataría de un “sexto sentido” útil para la supervivencia, ya que genera habilidades que promueven la salud.

Desarrollo del modelo salutogénico: su influencia en la Promoción de la Salud

En la línea de lo explicado al comienzo de este capítulo, después de la Segunda Guerra Mundial hubo un esfuerzo explícito, liderado por las Naciones Unidas, destinado a crear las condiciones necesarias para el desarrollo de una sociedad del bienestar, donde la protección de los Derechos Humanos fuese una norma general. En el área de salud pública, este propósito se sustentó en el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La constitución de este organismo incluyó una nueva definición de salud que hacía alusión al estado completo de

Parte 1. Lo que sabemos

bienestar, para subrayar así que la salud era algo más que la ausencia de afecciones o enfermedades (WHO, 1948). Sin embargo, a pesar de que se amplió el concepto de salud, todavía existía la dicotomía entre la salud y la enfermedad, enfocándose la protección o prevención de las enfermedades principalmente desde un paradigma biomédico.

Desde la proclamación de la nueva concepción de salud -realizada en los albores de la constitución de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1948)- hasta la proclamación oficial de la Promoción de la Salud como objetivo de las políticas de salud pública-realizada en la Carta de Ottawa (OMS, 1986)-, la atención se fue centrando cada vez más en el desarrollo y potenciación de los recursos de salud para la población. Los principales testigos de este cambio de perspectiva se pueden encontrar en el Informe Lalonde (Lalonde, 1974), la Declaración Alma-Ata realizada en la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (OMS, 1978) o la estrategia “Salud para todos en el año 2000” (WHO, 1981). El pilar fundamental de dicho proceso sería el respeto por los Derechos Humanos y la consideración de las personas como participantes activos de su bienestar. En este sentido, el objetivo era que los profesionales y las personas se comprometerían mutuamente en un proceso de empoderamiento, de modo que el papel de los profesionales sería apoyar y ofrecer opciones que permitieran a las personas tomar decisiones bien fundamentadas, siendo conscientes de los principales determinantes de la salud. Es en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en octubre del 1986 en Ottawa (Canadá), cuando la Promoción de la Salud es definida oficialmente como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (OMS, 1986).

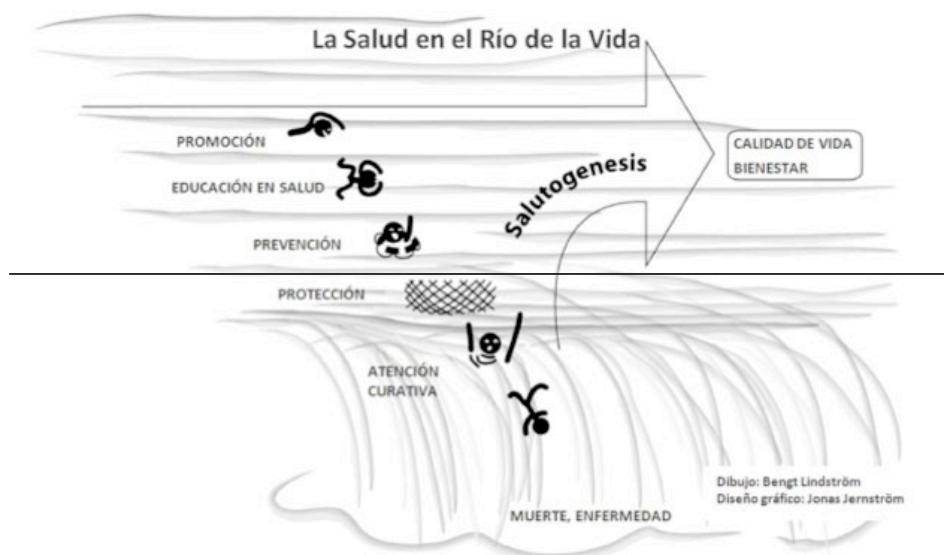
En cuanto a la teoría salutogénica, a pesar de no figurar explícitamente en la Carta de Ottawa, ha influido indudablemente en el desarrollo de la Promoción de la Salud. El comienzo de esta influencia se puede decir que sucedió formalmente en 1992, en un seminario celebrado en la Oficina Regional de la OMS en Copenhague, donde se discutieron las teorías subyacentes en Promoción de Salud. Antonovsky asistió a este taller y presentó su modelo salutogénico como una dirección para la Promoción de la Salud. Entre los acuerdos,

se concluyó que el enfoque en Promoción de la Salud debía realizarse sobre la salud y no sobre la enfermedad. La orientación salutogénica se presentaba como un paradigma realmente viable para la investigación y la práctica en Promoción de la Salud (Antonovsky, 1996). En concreto, según resumen Lindstrom y Eriksson (2006), el modelo salutogénico sería una buena base de fundamentación para la Promoción de la Salud, por tres razones principales: en primer lugar, porque el foco se coloca en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; en segundo lugar, porque identifica Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva; y, en tercer lugar, porque identifica un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, cuya capacidad se plasma en el SOC.

Antonovsky (1987) hace uso de una metáfora (el río de la vida) para comparar el punto de vista patogénico con la perspectiva salutogénica. Usando el símil de un río embravecido, el enfoque patogénico considera que las corrientes de ese río representarían el estado de enfermedad, siendo el objetivo rescatar a las personas que se encuentran dentro de ese río, sin tener en cuenta cómo llegaron allí o por qué no son buenos nadadores. Sin embargo, desde una perspectiva de salud pública, habría que reconocer que a veces las personas voluntariamente se tiran al río o se niegan a aprender a nadar. En este sentido y desde una perspectiva salutogénica, Antonovsky prefiere entender que ese río representaría la vida en sí, es decir, un río que da lugar a arroyos con aguas tranquilas o bien a peligrosas corrientes y remolinos. Así, Antonovsky se pregunta cuáles serán las condiciones que determinan que una persona tenga la habilidad de nadar bien, independientemente de la zona del río donde esté. Por lo tanto, el objetivo no se centraría en “salvar” a las personas, sino en conseguir que naden bien, para no ser arrastrados por dicha corriente.

En la representación gráfica del río de la vida (figura 2.1) presentada por Eriksson y Lindstrom (2008), se muestra de manera clara el desarrollo de la medicina (de atención y tratamiento) y de la salud pública (prevención y promoción). Concretamente, el desarrollo lógico e histórico de la salud pública hacia la Promoción de la Salud presentaría las siguientes cuatro etapas.

Fig. 2.1. Representación gráfica de la metáfora sobre el río de la vida



En primer lugar, la *curación o tratamiento de enfermedades*. Según el símil del río, la perspectiva curativa en salud significaría “salvar a la gente de ahogarse”, utilizando caras herramientas tecnológicas y profesionales bien entrenados.

En segundo lugar la *protección de la salud y prevención de enfermedades*. Esta etapa se puede dividir en dos fases:

- 1. Protección.** Desde este enfoque, las intervenciones tendrían como objeto evitar los riesgos de caer enfermo, dirigiendo los esfuerzos a la población general, pero otorgándole un papel pasivo en el proceso. Según la metáfora, se trataría de colocar barreras al río para evitar que las personas caigan en él.
- 2. Prevención.** En este caso se trataría de prevenir las enfermedades a partir de la intervención activa de las propias personas. Es decir, se trata de administrar un chaleco salvavidas para evitar que las personas se ahoguen en el río.

En la tercera etapa coexistirían la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud. Por un lado, desde la *Educación para la Salud*, los profesionales tratarían de informar a las personas o grupos de los riesgos para su salud, proporcionando consejos sobre cómo deben vivir para mantener su salud. Progresivamente, con el paso del tiempo, las personas van participando cada vez más en este proceso, de modo que las personas acabarían tomando sus propias decisiones contando con el apoyo de los profesionales. Volviendo a la metáfora del río, en este caso los esfuerzos estarían dirigidos a “enseñar a las personas a nadar”. Por otro lado, desde la *Promoción de la Salud* la responsabilidad de la acción se extendería más allá del sector salud, de modo que la salud se entendería como un derecho humano a conseguir a través de la coordinación de toda la sociedad. En este caso, el individuo se convierte en un sujeto responsable, activo y participante. La tarea de los profesionales sería apoyar y ofrecer opciones para que las personas puedan tomar decisiones bien fundamentadas. La educación sanitaria es aquí sustituida por el aprendizaje acerca de la salud, a partir de la reciprocidad de un diálogo en salud.

Por último, la cuarta etapa se caracterizaría por la *mejora de la percepción de la salud, bienestar y calidad de vida*. El objetivo último de las actividades de Promoción de la Salud es la creación o facilitación de las condiciones previas necesarias para el desarrollo de una vida saludable; es decir, la clave del proceso está en aprender a reflexionar sobre las opciones que existen en función de las situaciones que ocurren en la vida, sacando partido a aquellas que generan salud, a las que mejoran la calidad de vida y a las que desarrollan el SOC.

Volviendo a la metáfora desarrollada por Eriksson y Lindstrom, la corriente del río únicamente se entendería, según el modelo biomédico, por su fluir hacia abajo, cuyo fin se encuentra en la cascada. Por tanto, desde esta perspectiva patogénica, únicamente se podría ayudar a las personas que ya tienen problemas para escapar por sí solos de esa corriente que les guía hacia la cascada. Sin embargo, para explicar el cambio de paradigma en el marco salutogénico, la metáfora del río es diferente. En este caso, se trataría del “río de la vida”, donde la dirección principal en el fluir del agua ocurre horizontalmente, a pesar de que a lo largo de todo su recorrido existe permanentemente un salto vertical del agua, en forma de

Parte 1. Lo que sabemos

cascada. La metáfora muestra que al nacer, las personas caen en el río y flotan con la corriente. La dirección principal de la vida no es la enfermedad y la muerte inminente, representada por la cascada. Algunas personas nacen cerca del lado opuesto a la cascada, donde pueden flotar con facilidad, las oportunidades de la vida son buenas y tienen muchos recursos a su disposición, como en un estado de bienestar duradero. En cambio, otras personas nacen cerca de la cascada, en el malestar o enfermedad, donde la lucha por la supervivencia es más difícil y el riesgo de estar por encima del borde de la cascada es mucho mayor. El río está lleno de riesgos, pero también de recursos. Por lo tanto, el resultado de la travesía a través del río de la vida se basa principalmente en la capacidad para identificar y utilizar los recursos necesarios para mejorar las opciones de salud y, en definitiva, la calidad de vida.

Claves del éxito del modelo salutogénico

En definitiva, el modelo salutogénico está cobrando cada vez mayor fuerza en el campo de la salud pública, convirtiéndose en unos de los referentes más prometedores en el diseño de políticas de prevención y promoción de la salud. Se pueden resumir en tres los factores que explican este éxito.

En primer lugar, el abordaje multidisciplinar que caracteriza al modelo salutogénico, el cual ha ofrecido la posibilidad de aunar bajo la misma visión de la salud a investigadores procedentes de medicina, enfermería, psicología, sociología y educación (Eriksson & Lindstrom, 2006).

En segundo lugar, la combinación de los Recursos Generales de Resistencia (según la denominación de otros modelos: assets, fortalezas o, simplemente, recursos) y del SOC ofrece una visión compleja, pero más completa, de los procesos que subyacen al desarrollo, mantenimiento y recuperación de la salud (Lindstrom & Eriksson, 2005). En este sentido, una de las fortalezas del modelo y del propio constructo es que combina en la misma definición aspectos cognitivos, perceptivos y conductuales.

En tercer lugar, la operativización del constructo principal de la teoría salutogénica (el SOC) mediante el desarrollo de una escala ha facilitado la difusión del modelo (Antonovsky, 1993), aunque, como se ha señalado en numerosas ocasiones, el modelo salutogénico no se limita a la escala SOC.

Retos y expansión del modelo salutogénico en la actualidad

A pesar de sus tres décadas de existencia, el modelo salutogénico y, sobre todo, el modelo empírico sustentado en el cuestionario SOC todavía deben hacer frente a una serie de retos. A continuación, se especifican aquellos ámbitos en los que el modelo debe seguir evolucionando, para así dar respuesta a algunas de las deficiencias y críticas que recibe.

Para empezar, en varios estudios psicométricos centrados en la escala SOC se demuestra que el instrumento propuesto por Antonovsky tiene adecuados niveles de fiabilidad y validez (Eriksson & Lindstrom, 2005; Feldt, Lintula, Suominen, Koskenvuo, Vahtera & Kivimäki, 2007). Sin embargo, es necesario advertir que el cuestionario SOC también ha recibido algunas críticas desde un punto de vista psicométrico (Eriksson & Lindstrom, 2006), sobre todo por la posibilidad de que este instrumento pueda medir algún constructo más de los señalados en principio por el autor, no estando clara la estructura factorial (Feldt & Rasku, 1998; Larsson & Kallenberg, 1999).

En lo que respecta a la propuesta realizada por algunos expertos para utilizar el cuestionario SOC como un instrumento de *screening*, capaz de identificar a las personas que tienen riesgo de desarrollar un nivel bajo de SOC, es necesario advertir que estas nuevas posibilidades del SOC deben tomarse con cautela. Por un lado, todavía existen problemas para identificar la posición de un individuo en el continuo salud-enfermedad y, por otro lado, hay que tomar en consideración el riesgo que podría suponer el hecho de estigmatizar al grupo de personas que consigan bajas puntuaciones (Eriksson, 2007).

Parte 1. Lo que sabemos

Por otro lado, también existe controversia en lo referente a la estabilidad del SOC a lo largo del ciclo vital. Antonovsky (1987) asumía que el SOC se desarrollaba hasta los 30 años y a partir de entonces sería relativamente resistente al cambio. Sin embargo, recientemente se están encontrando algunos resultados contradictorios a esa explicación. De hecho, Eriksson y Lindstrom (2005) consideran que el SOC sufre un cierto incremento con la edad durante toda la vida, siendo la estabilidad mayor para las personas con un fuerte SOC.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, el modelo salutogénico goza de un importante reconocimiento en los países del norte de Europa, especialmente desde el campo de la salud pública (Bengel, Strittmatter & Willman, 1999; Lindstrom & Eriksson, 2006). No obstante, en España, el conocimiento del modelo y de sus implicaciones aún está muy poco difundido. En concreto, se podrían resumir en dos los objetivos a conseguir en la actualidad desde este modelo. Por un lado, se hacen necesarias labores de difusión del modelo salutogénico, así como del constructo del SOC, en España (Alvarez Dardet & Ruiz, 2011), de modo que se muestre con un metodología científica y rigurosa el potencial del modelo y las posibilidades del constructo. Igualmente, un segundo objetivo prioritario en el campo del modelo salutogénico es la recopilación de la evidencia empírica y de las buenas prácticas que actualmente se están desarrollando dentro de este modelo (Lindström & Eriksson, 2010).

Pues bien, en relación a la primera demanda, se ha creado el “Grupo de Salutogénesis del Estado Español” a iniciativa de la Cátedra de Salud Pública de la Universidad de Girona, que pretende fomentar el conocimiento del modelo salutogénico y del SOC en España. Igualmente, desde el estudio Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) en España ha realizado varios artículos que pretenden difundir estos conceptos en español (Rivera, López, Ramos, & Moreno, 2011; Rivera, Ramos, Moreno & Hernán, 2011).

El segundo objetivo, referente a la recopilación de evidencia empírica y buenas prácticas realizadas desde este enfoque, es esperable que surja desde los profesionales que aplican estas prácticas de salud pública (Morgan & Ziglio, 2007). Pues bien, en este sentido, diversas instituciones están promoviendo este objetivo con cursos y

jornadas de formación, como son la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Cátedra de Salud Pública de Girona o la Escuela de Salud Pública de Menorca. Se trata de seminarios que cuentan con numerosos y contrastados expertos en el terreno de la salud positiva, del modelo salutogénico o de la promoción de la salud en general.

En este sentido, el potencial de las implicaciones prácticas del modelo salutogénico está comenzando a tener cada vez un mayor calado en la comunidad científica (Lindström & Eriksson, 2006). Es evidente que este modelo es un buen enfoque para ser aplicado en la construcción de políticas de salud pública, así como en todas las políticas relacionadas con la salud. Es decir, es posible reorientar y revitalizar la Promoción de la Salud hacia modelos de acción basados en los activos *-assets-* para la Salud (Morgan & Ziglio, 2007; Hernán & Lineros, 2010); no solo pensando en los servicios de salud, sino en la potenciación de los Recursos Generales de Resistencia para cada persona y comunidad. En este sentido, son destacables los trabajos de Kretzman y Mcknight (1993) sobre la utilización de los *mapas de activos* para la salud de la comunidad, es decir, el uso de las fortalezas que la comunidad tiene para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto.

Estas nuevas líneas en el modelo salutogénico se han plasmado en diferentes iniciativas de políticas de salud pública de alcance. En este sentido, ya son numerosos los esfuerzos que se están realizando actualmente en España para aplicar los principios salutogénicos a la investigación y a la práctica sanitaria. Además, merece la pena advertir que una parte importante de este desarrollo del modelo salutogénico en España ha sido orientada a dos etapas evolutivas bien diferentes entre sí (adolescencia y vejez), y que históricamente han sido objeto de estudio por sus deficiencias, riesgos y problemas. Este nuevo enfoque permite ahora analizarlas e intervenir sobre ellas desde la perspectiva del desarrollo positivo y de los activos con los que la persona y sus circunstancias cuenta.

Quizás en breve pueda hablarse de la aplicación de este enfoque positivo en la mayoría de políticas e intervenciones en salud pública, lo que habrá significado con toda seguridad entrar en un nivel de orden superior en la prevención de la enfermedad y en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Parte 1. Lo que sabemos

Bibliografía

- Álvarez-Dardet, C., & Ruiz-Cantero, M.T. (2011). *Patrimonio de salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas?* Revista Española de Salud Pública, 85(2), 123-127.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New Perspectives on Mental and Physical WellBeing*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). *The structure and properties of the sense of coherence scale*. Social Science & Medicine, 36(6), 725-733. doi: 10.1016/0277-9536(93)90033-z.
- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., & Wijisenbeek, H. (1971). *Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 6, 186-193.
- Bauman, Z. (1989). *Modernity and the Holocaust*. Cambridge: Polity Press.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (1999). *What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health*. Cologne: Federal Centre for Health Education.
- Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, 196, 129-136.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Åbo Akademi University Vasa. [Doctoral thesis]. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). *Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review*. Journal of Epidemiology & Community Health, 59(6), 460-466.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). *Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review*. Journal of Epidemiology and Community Health, 60(5), 376-381.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). *Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review*. Journal of Epidemiology and Community Health, 61(11), 938-944. doi: 10.1136/jech.2006.056028.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). *Promoting mental health - Evidence of the salutogenic framework for a positive health development*. European Psychiatry, 23, Suppl. 2, 83.
- Feldt, T., & Rasku, A. (1998). *The structure of Antonovsky's Orientation to Life Questionnaire*. Personality and Individual Differences, 25(3), 505-516.
- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J. & Kivimäki, M. (2007). *Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study*. Quality of Life Research, 16(3), 483-493.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Hernán, M. & Lineros, C. (2010). *Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales*. Revista Fundesfam, 2.

- Kretzman, J.P., & Mcknight, J.L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: a Path Toward Finding and Mobilizing a Community Assets*. Chicago, Illinois: ACTA Publications.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. (1999). *Dimensional analysis of sense of coherence using structural equation modeling*. *European Journal of Personality*, 13(1), 51-61. doi: 10.1002/(sici)1099-0984(199901/02)13:1<51::aid-per321>3.0.co;2-p.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). *Salutogenesis*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440-442.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). *Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health development*. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The Hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion* (Research Report No. 2). Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health promotion research programme.
- Matarazzo, J.D. (1994). *Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 7-39.
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). *Revitalising the evidence base for public health: An assets model*. *Promotion & Education*, 14, 17-22.
- Organización Mundial de la Salud OMS (1978). *Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Toronto, Ontario, Canadá: Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.
- Piédraola, G. (2008). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Porter D. 1999. *Health, civilization and the state: A history of public health from ancient to modern times*. London: Routledge.
- Rivera, F., López, A., Ramos, P., & Moreno, C. (2011). *Propiedades psicométricas de la escala Sentido de Coherencia (SOC-29) en adolescentes españoles*. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 4, 11-40.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., & Hernán, M. (2011). *Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud*. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 137-47.
- Rosen, G. 1993 (1958). *A history of public health. Expanded edition*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory: Foundations, development, applications*. New York: Braziller.
- World Health Organization WHO (1948). *WHO Constitution*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization WHO (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: World Health Organization.



3

Revitalizar la base de evidencias para la salud pública: un modelo basado en los activos

ANTONY MORGAN Y ERIO ZIGLIO

Los políticos, legisladores y especialistas médicos de todo el mundo son cada vez más conscientes de la necesidad de abordar las desigualdades sanitarias tanto entre países como dentro de los mismos para garantizar que éstas se vayan identificando cada vez más como un problema internacional/global. En el año 2000, los 189 Estados de las Naciones Unidas reafirmaron su compromiso de trabajar para construir un mundo en el que la mayor prioridad fuera erradicar la pobreza y lograr el desarrollo sostenible (OMS, 2003). Aunque sí existen numerosos ejemplos de gobiernos que desarrollan estrategias, programas e iniciativas globales para afrontar las desigualdades (DH, 2003; MHSA, 2003; King, 2000), los países muestran diferentes grados de concienciación y compromiso a la hora de emprender acciones (Judge et al., 2006).

A pesar del creciente número de compromisos políticos desde los años 50, las mejoras generales en sanidad han ido acompañadas de persistentes diferencias entre los diferentes grupos sociales. La evidencia demuestra que incluso en la Europa de hoy en día, existen muchos ejemplos de diferencias sistemáticas en sanidad entre los diferentes grupos sociales; en todos los países europeos los grupos más desfavorecidos presentan un peor estado de salud y una tasa de mortalidad más elevada (Whitehead y Dahlgren 2006). Esto sugiere que algunas de las políticas

Parte 1. Lo que sabemos

e intervenciones puestas en marcha para aliviar dichas diferencias dejan de lado a algunos sectores de la sociedad. Algunas de estas políticas bienintencionadas pueden estar teniendo involuntarias consecuencias negativas. Es decir, a pesar de la consigna de todas las políticas sanitarias de ser “a prueba de inequidad” (Acheson 1998; Stahl et al. 2006) muchas políticas transgubernamentales son puestas en marcha sin la adecuada atención a su impacto en las desigualdades sanitarias.

¿Cuál podría ser el motivo? Primero, es bien conocido que las multifacéticas causas y soluciones necesarias para abordar los factores determinantes subyacentes a las desigualdades son especialmente problemáticas para los legisladores, porque las políticas han de ser a largo plazo, exigen colaboración intersectorial (Exworthy et al. 2003) y recursos continuos si se quieren alcanzar los objetivos de sostenibilidad.

Segundo, mientras existe gran cantidad de datos (Marmot et al. 1991; Wilkinson 1996) que documentan las desigualdades que existen en las poblaciones, la evidencia empírica sobre la efectividad de las estrategias para reducirlas escasea (Mackenbach y Bakker 2002; Whitehead y Dahlgren 2006). Por otra parte, la evidencia que existe tiende a ser de un “orden superior”; describe los tipos de acciones que son necesarias pero apenas se detiene en cómo deberían funcionar para diferentes grupos de población en diferentes contextos. Los mecanismos que dan origen a las desigualdades siguen sin comprenderse bien del todo y se sigue recopilando evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para reducir dichas desigualdades (Woodward y Kawachi 2000; OMS 2005).

Tercero, una falta de atención a la hora de hacer el seguimiento de las políticas y programas con sofisticados planes de acción para su implementación, implica que a veces las expectativas del gobierno, los profesionales y el público en general, se vean desvalorizadas. Los planes de acción que no prestan atención a la necesidad de una gestión del rendimiento adecuada, una integración insuficiente entre los sectores políticos, o las contradicciones entre las desigualdades sanitarias y otros imperativos políticos, pueden llevarnos a fracasar (Exworthy et al. 2002).

Cuarto, creemos que en esta búsqueda por mejorar la salud y combatir la enfermedad, la sanidad pública se ha centrado en recopilar evidencia de “lo que funciona”

desde el punto de vista del déficit. Es decir, existe una tendencia a centrarse en la identificación de los problemas y necesidades de la población que requiere de recursos profesionales y tiene altos niveles de dependencia de los servicios hospitalarios y de asistencia social (Morgan y Ziglio 2006; Ziglio et al. 2000). Esto conlleva la promulgación de políticas que se centran en el fracaso de los individuos y de las comunidades locales a la hora de evitar la enfermedad, en lugar de en su potencial para crear y mantener la salud y el desarrollo continuado.

Aunque los modelos de déficit son importantes y sirven para identificar los niveles de necesidad y prioridades, también tienen algunas desventajas y tienen que ir acompañados de perspectivas orientadas hacia los activos. El modelo de activos que se presenta pretende redirigir el equilibrio entre la evidencia que procede de la identificación de los problemas hacia una que acentúe las habilidades positivas para identificar problemas y poner en marcha soluciones de forma conjunta, lo que estimula la autoestima de las personas y comunidades logrando una dependencia menor de los servicios profesionales. Esto puede implicar un aumento en la cantidad y distribución de los factores de protección/promoción que representan activos para la salud a nivel individual y de la comunidad. Redireccionar el equilibrio, sin embargo, no significa que un enfoque sea mejor que el otro, pero al menos en términos de evidencia, el modelo de activos puede ayudar a explicar el porqué de la persistencia de las desigualdades a pesar de los esfuerzos cada vez mayores de los gobiernos a nivel internacional.

Este modelo de activos aquí descrito utiliza diferentes perspectivas para ayudarnos a entender de forma más sistemática las causas y mecanismos de las desigualdades en la salud y qué hacer al respecto:

- Utilizar la teoría de la salutogénesis para investigar los “factores clave” o los “activos de salud” que fomentan la creación de salud frente a la prevención de la enfermedad.
- Aplicar el concepto de mapa de activos para ayudar a crear soluciones más efectivas para la implementación, trabajando con las habilidades y capacidades ya existentes en individuos y comunidades, y desarrollándolas.
- Hacer uso de un nuevo conjunto de indicadores de activos con evaluaciones multi-método al objeto de valorar la efectividad de los enfoques basados en la comunidad.

¿Qué son los activos de salud?

La Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Inversión en Salud y Desarrollo con sede en Venecia, Italia, utiliza el término “activos de salud” para hacer referencia a los recursos, a los que tienen acceso las personas y las comunidades, que protegen frente a los resultados sanitarios negativos y/o promocionan estados de salud. Estos activos pueden ser recursos sociales, financieros, físicos, medioambientales o humanos (por ej. educación, competencias de empleo, redes de apoyo social, recursos naturales, etc.) (Harrison et al. 2004).

Como tal, un “activo de salud” puede definirse como cualquier factor (o recurso), que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y conservar la salud y el bienestar así como para ayudar a reducir las desigualdades sanitarias. Estos activos pueden operar a nivel de persona, de grupo, de comunidad y/o de población como factores de protección (o promoción) para amortiguar el estrés diario.

Identifiquemos los activos que promocionan/protegen la salud según los ámbitos y determinantes, como son nuestra dotación genética, circunstancias sociales, condiciones medioambientales, comportamientos y servicios sanitarios. Un inventario de activos de salud y desarrollo incluiría, como mínimo, lo siguiente:

- A nivel de **persona**: competencia social, resistencia, compromiso con el aprendizaje, valores positivos, autoestima y voluntad. Por ejemplo, en el caso de los jóvenes, un enfoque de los activos de la salud y el desarrollo podría implicar actividades de prevención centradas en los factores de protección que generan resiliencia para inhibir comportamientos de alto riesgo como el uso de drogas, la violencia y el abandono escolar.
- A nivel de **comunidad**: redes familiares y de amigos (de apoyo), solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria, grupos afines (por ej. ayuda mutua), tolerancia religiosa y armonía. Por ejemplo, la cohesión de una comunidad, medida por una serie de redes interconectadas, estables y positivas, puede considerarse un activo de salud. En este caso, el activo tiene el potencial para promocionar la salud, independientemente de los niveles de desventaja en esa comunidad.

- A nivel de **organización o institución**: recursos medioambientales necesarios para promocionar la salud física, mental y social, seguridad laboral y oportunidades de voluntariado, viviendas seguras y agradables, democracia política y oportunidades de participación, justicia social y fomento de la equidad. Por ejemplo, los sistemas sanitarios de Europa son instrumentos infrautilizados en el desarrollo social y económico. En un modelo de activos, los planificadores preguntarían cómo pueden los servicios sanitarios beneficiarse del uso de sus recursos (y optimizar sus activos) para ayudar a reducir las desigualdades sanitarias logrando un impacto en los determinantes más amplios de la salud, creando economías locales más fuertes, protegiendo el medio ambiente y desarrollando comunidades más cohesionadas.

Desarrollo de un modelo de activos

En conjunto, se puede dar valor al modelo de déficit mediante los siguientes enfoques basados en los activos:

- La identificación de una serie de factores de protección y promoción de la salud que actúan juntos para fomentar la salud y el bienestar y las opciones políticas necesarias para construir y mantener dichos factores.
- La promoción de la población como coproductor de salud más que como un mero consumidor de servicios sanitarios, reduciendo así la demanda de recursos escasos.
- El refuerzo de la capacidad de las personas y comunidades para materializar su potencial de contribuir al desarrollo de la salud.
- La contribución a un desarrollo social y económico más equitativo y social y, por tanto, a los objetivos de otros sectores.

En realidad ambos modelos son importantes, sin embargo, se necesita trabajar más para redirigir el equilibrio entre el modelo de déficit, más dominante, y el menos conocido (y comprendido) modelo de activos. El modelo de activos que aquí se presenta promueve un enfoque más sistemático para entender la teoría y la práctica de un enfoque de activos de la salud y el desarrollo. Para ello, cuenta con la posibilidad de crear una base de evidencia más sólida que demuestre cómo

Parte 1. Lo que sabemos

la inversión en los activos de las personas, comunidades y organizaciones puede colaborar a reducir el vacío sanitario entre los más desfavorecidos de la sociedad y los que tienen un mejor estado de salud.

El modelo de activos utiliza una serie de ideas actuales y que reaparecen en la literatura. La primera de ellas es el concepto de salutogénesis, acuñado por Aaron Antonovsky (1987, 1996) que centra la atención en la generación de salud por oposición al enfoque patogenético en la generación de enfermedad. La salutogénesis pregunta, *“¿qué es lo que hace que algunas personas prosperen y que otras fracasen o enfermen en situaciones similares?”* Resalta el éxito y no el fracaso de la persona y busca los fundamentos de los patrones positivos de la salud más que los fundamentos de los resultados negativos.

El modelo de activos también incluye la idea del mapa de activos como una forma de promocionar la implementación efectiva de políticas basadas en la equidad mediante un enfoque positivo para medir y diagnosticar la capacidad de una comunidad para involucrarse en actividades de desarrollo de salud. Kretzmann y McKnight (1993) describen el mapa de activos como un proceso de generación de un inventario de las fortalezas y capacidades de las personas que forman una comunidad antes de intervenir. El mapa de activos revela los activos de toda una comunidad y subraya las interconexiones entre ellos, que a su vez revelan cómo acceder a estos activos. McKnight (1995) afirma que el mapa de activos resulta necesario cuando las personas buscan la forma de empoderarse y renovarse en un entorno concreto.

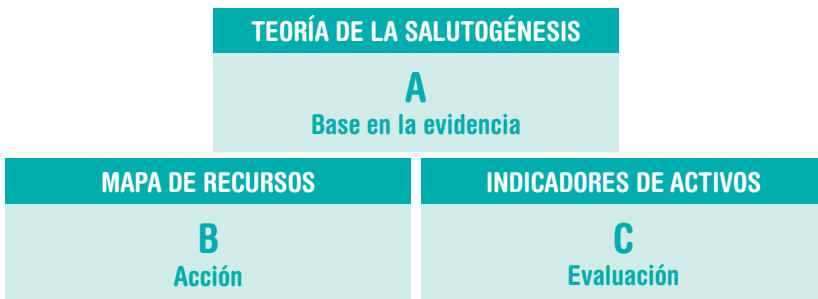
El modelo de activos también promociona un enfoque multidisciplinar de evaluación de las intervenciones complejas, creando un nuevo conjunto de indicadores “salutogénicos” para medir la efectividad de estas intervenciones en diferentes contextos.

La figura 3.1 muestra cómo el modelo de activos puede utilizarse para:

- Generar una base de evidencia “salutogénica” que identifique los factores más importantes de promoción y/o protección de la salud y las acciones que hay que emprender para crear las condiciones necesarias de salud.

- Valorar cómo implementar de la forma más efectiva las acciones necesarias para crear estas condiciones de salud.
- Desarrollar las medidas y los marcos de evaluación más adecuados para valorar la efectividad de estas acciones.

Fig. 3.1. Un modelo de activos para la salud pública



El uso de la salutogénesis para crear una base de evidencia para la salud

La salud pública basada en la evidencia se encuentra bien establecida y forma parte integrante de los procesos de toma de decisión en el desarrollo sanitario. Ya se han realizado muchos esfuerzos para crear la base científica de actuación (IUHPE 2000), y se han desarrollado una serie de metodologías para evaluar dichas acciones. El modelo de activos busca complementar estos logros con el desarrollo de un enfoque más sistemático para recopilar y sintetizar la evidencia basada en la teoría de la salutogénesis.

La perspectiva “salutogénica” o “el origen de la salud” nos permite identificar aquellos factores que impiden que las personas se dirijan hacia el extremo de la enfermedad dentro del espectro de salud y enfermedad (Lindstrom y Eriksson 2006). Esta perspectiva nos puede ayudar a identificar la combinación de “activos de salud” que tiene más probabilidades de implicar mejores condiciones de salud en general, mayor nivel de bienestar y de éxito. Específicamente, el concepto abarca la necesidad de centrarse en los recursos y en la capacidad de las personas para gene-

Parte 1. Lo que sabemos

rar salud, y afirma que cuanto mejor conoce la persona el mundo en el que vive, un mundo manejable y comprensible, mejor podrá utilizar los recursos que posee y que hay a su alrededor para conservar su propia salud. Lindstrom y Eriksson (2005) afirman que este concepto puede aplicarse a nivel de persona, de grupo y de sociedad.

Un enfoque “salutogénico” a la hora de crear una base de evidencia para la salud pública incluiría la necesidad de identificar aquellos factores de promoción y protección de la salud (activos) que tiene mayor relevancia en la creación de salud, así como comprender las implicaciones de la acción.

En su núcleo, la salutogénesis plantea:

- ¿Cuáles son los factores externos que contribuyen a la salud y al desarrollo?
- ¿Cuáles son los factores que nos hacen más resilientes (más capaces de afrontar momentos de estrés)?
- ¿Qué es lo que nos abre hacia una vida de experiencias más plenas?
- ¿Qué provoca niveles de bienestar general?

La aplicación de estos conceptos a la búsqueda de evidencias en los determinantes de la salud y la evidencia de las acciones más efectivas tiene el potencial de explicar en más profundidad qué se necesita para abordar las desigualdades en la salud. También hace que la disciplina de la epidemiología moderna se mueva hacia la búsqueda de respuestas a la pregunta de qué es lo que genera salud, más que hacia el enfoque tradicional de generación de evidencia sobre las causas y la distribución de la enfermedad y la muerte precoz. El modelo de activos por tanto pide una reconsideración de las bases teóricas sobre las que se construye la base de evidencia de la salud pública.

Las preguntas clave para una epidemiología de la salud serían:

- ¿Cuáles son los activos principales para la salud y el desarrollo de cada una de las fases principales de la vida?
- ¿Cuáles son las relaciones entre estos activos y una serie de resultados sanitarios?
- ¿Cómo funcionan estos activos en combinación para lograr los mejores resultados sanitarios y de bienestar?

- ¿Cómo pueden utilizarse estos factores para contribuir a reducir las desigualdades sanitarias?

Por supuesto, existen múltiples ejemplos en los que este enfoque de investigación ya se ha puesto en marcha. El modelo de activos pretende promover una forma más sistemática de recopilar y sintetizar esta investigación para garantizar que aparece en la práctica en curso de la salud pública basada en la evidencia, que sigue dominada por un enfoque biomédico positivista para entender “lo que funciona”.

Como ejemplos notables se incluye el trabajo *Priority Network* del Consejo de Investigación Económica y Social *Economic and Social Research Council* (ESRC) (<http://www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience/>), y el del Search Institute (<http://www.search-institute.org/>).

El trabajo *Priority Network* (Bartley 2006) del *ESRC* ha compilado la evidencia más reciente sobre las mejores formas de promocionar la capacidad y la resiliencia, dos conceptos utilizados para hacer referencia a la habilidad de reaccionar y adaptarse positivamente cuando las cosas salen mal. Esta investigación identifica la resiliencia como un activo que permite a las personas salir de circunstancias de pobreza y tener éxito, ya sea evitando comportamientos que supongan grandes riesgos o creciéndose frente a estas circunstancias.

El concepto de resiliencia ha sido identificado como un ejemplo de activo de salud importante para el desarrollo saludable de los jóvenes, especialmente de aquellos que crecen en circunstancias difíciles. Los jóvenes resilientes tienen habilidades para resolver problemas, competencias sociales y voluntad, que pueden utilizarse como un activo que les ayude a recuperarse de los reveses, crecer ante circunstancias de pobreza, evitar comportamientos arriesgados y continuar en general con una vida productiva.

El *Search Institute* ha desarrollado 40 activos esenciales de desarrollo para los jóvenes, especialmente durante la adolescencia, que promueven la capacidad de resiliencia y fomentan el crecimiento como personas sanas, bondadosas y responsables. La mayoría de los factores asociados con la resiliencia en los jóvenes hacen referencia al contexto social en el que viven.

Activos en acción

El Informe Acheson sobre desigualdades en materia de salud (Acheson 1998) reconocía que las soluciones a los principales problemas sanitarios como las enfermedades cardíacas, el cáncer, la salud mental y los accidentes eran complicadas. Estos problemas requieren intervenciones que trasciendan sectores para abarcar los entornos sociales, culturales, económicos, políticos y físicos más amplios que dan forma a las experiencias de las personas en cuanto a la salud y el bienestar.

Existen algunas evidencias que demuestran que las comunidades que son más cohesivas, caracterizadas por unos fuertes vínculos y lazos sociales, tienen más probabilidades de mantener y conservar la salud incluso ante adversidades (Putnam 1995; Kawachi et al. 1997).

La cohesión de una comunidad medida por una serie de redes interconectadas estables y positivas y su impacto positivo en el bienestar podría considerarse un activo de salud. En este caso, el activo tiene el potencial para promocionar la salud, independientemente de los niveles de desventaja en esa comunidad.

Apoyar el desarrollo de comunidades cohesionadas y fuertes es hoy frecuente por parte de muchas estrategias gubernamentales para afrontar las desigualdades sanitarias y la mayoría de las personas que trabajan con las poblaciones locales reconocen que una buena capacidad comunitaria es condición necesaria para el desarrollo, implementación y mantenimiento de intervenciones efectivas (Morgan y Popay 2007). Sin embargo, Jordan et al. (1998) afirman que mientras que la naturaleza y el alcance de la implicación pública en la determinación de las formas más adecuadas de generar salud han aumentado, la calidad de las consultas sigue siendo cuestionable. Una razón de esto es que los legisladores bajo grandes presiones para lograr objetivos políticos nacionales muy específicos pueden pensar que la implicación de la comunidad necesita mucho tiempo y que podrían perder el control. Esto podría conllevar que las actividades de implicación de la comunidad se conviertan en simbólicas y se separen de los procesos de toma de decisiones principales de los profesionales.

Otro problema asociado con la poca implicación de la comunidad es que los profesionales tienden a definir a las comunidades por sus carencias y necesidades. Estas necesidades a veces se traducen en políticas y programas orientados a las carencias que identifican correctamente los problemas y que intentan afrontarlos. Kretzmann y McKnight (1993) subrayan un posible inconveniente en este enfoque y afirman, desde su trabajo con comunidades, que muchos barrios urbanos de renta baja se han convertido en entornos de servicio donde los comportamientos se ven afectados porque los residentes llegan a creer que su bienestar pasa por ser un cliente de dicho servicio. Sugieren por tanto que más que centrarse en las carencias, un enfoque alternativo consistiría en desarrollar políticas basadas en los activos, capacidades y competencias de las personas y sus barrios.

Preguntarse qué pueden ofrecer las comunidades es el comienzo de un proceso de generación y desarrollo de capacidades locales para generar salud. Hace salir el conocimiento, las habilidades y las capacidades a la palestra para que puedan trabajar juntas para el beneficio común. A medida que el tejido de activos crece, lo hace igualmente el potencial de su comunidad para trabajar con profesionales como coproductores de salud, lo que también puede contribuir a generar un sentimiento de pertenencia y dar lugar a comunidades más cohesionadas.

Los procesos de realización de mapas de activos de comunidades, como subrayan Kretzmann y McKnight, ayudan a iniciar un proceso que moviliza totalmente a las comunidades para que usen sus activos en torno a una visión y un plan para solucionar sus propios problemas. Además ilustran las diferencias entre el planteamiento tradicional de valorar la necesidad y el enfoque de los activos; para cuya identificación se establecen las siguientes categorizaciones:

- 1. Bloques de edificios primarios:** activos y capacidades ubicados dentro del barrio y en gran medida bajo el control del barrio (por ej. competencias, talentos y experiencia de los residentes, asociaciones ciudadanas, etc.).
- 2. Bloques de edificios secundarios:** activos ubicados dentro de la comunidad pero en gran medida controlados por agentes externos (recursos físicos como terrenos sin construir, recursos energéticos e hídricos; instituciones y servicios públicos).

Parte 1. Lo que sabemos

3. Bloques de edificios potenciales: recursos que se originan fuera del barrio controlados por agentes externos (por ej. costes de mejora de capital público).

Guy et al. (2002) promueven el mapa de activos como un enfoque positivo, realista (que comienza con lo que tiene la comunidad), e inclusivo, para dirigir las fortalezas de las comunidades locales hacia mejoras sanitarias para todos. Los mapas de activos suponen un punto de partida para emprender acciones de forma que genere confianza entre los profesionales y las comunidades locales.

El mapa de activos es, por tanto, un paso clave en el proceso de implementación de políticas bienintencionadas para que aborden desigualdades sanitarias. Una valoración adecuada de las necesidades sanitarias debería aportar los medios para identificar los activos de salud y las necesidades de una población determinada para sustentar las decisiones sobre la prestación del servicio. Combinado con formas más tradicionales de medir la necesidad, el mapa de activos puede lograr que los promotores de la salud aprehendan la mejor manera de crear las condiciones necesarias para optimizar el potencial en salud.

El mapa de activos también nos ayuda a conceptualizar lo que es “salutogénico” ‘que mejora la salud en el contexto de los entornos físico, emocional, económico y cultural de las personas’. Con esto comienza el proceso de identificación de los “indicadores de activos” más adecuados para la evaluación de estrategias que pretendan crear las condiciones aptas para la salud.

Activos y evaluación

El modelo de activos fomenta el uso de un nuevo conjunto de indicadores para evaluar los programas e iniciativas que se desarrollan para promocionar la salud y reducir las desigualdades sanitarias, como se define en este artículo. En la actualidad ya se está clasificando el conjunto de indicadores “salutogénicos” que se pueden usar para este (Bauer et al. 2006); y su desarrollo es el primer paso en la producción de una base de evidencia revitalizada y desarrollada mediante un enfoque de activos hacia la salud y el desarrollo.

El paso siguiente, y quizás más desafiante, es encontrar métodos adecuados y formas de evaluar estos programas para ayudar a demostrar el valor que tiene invertir en un enfoque basado en los activos. Aunque ya existe parte de esta evidencia, como apuntan Hunter y Killoran (2004), mucha de esa base de evidencia relevante disponible para dar respuesta a la mejor forma de abordar las desigualdades no cumple con los requisitos tradicionales de la medicina basada en la evidencia. La evidencia que surge de un enfoque “salutogénico” de la salud y el desarrollo probablemente se encuentre en este ámbito.

Savedoff et al. (2006) afirman que este vacío evaluador ha surgido porque los gobiernos y los donantes oficiales no solicitan ni realizan suficientes evaluaciones de impacto que tengan como fin decirnos las intervenciones sociales que funcionan, y las que se ponen en marcha a veces presentan defectos de método.

Además, mientras que existe mucha retórica en la política e investigación sobre la necesidad de utilizar un enfoque multidisciplinar para encontrar evidencias sobre los determinantes sociales de la salud, el modelo positivista de sintetizar se perpetúa en la tradición biomédica.

El modelo de activos utiliza un marco de evaluación que sigue los cambios generales en el pensamiento político durante los últimos años reorientado a las intervenciones (Hills 2004):

- Desde un modelo de prevención de enfermedades que se centra en la morbilidad y la mortalidad hasta un enfoque más positivo que abarca la salud y el bienestar general.
- Desde un modelo de caso único de enfermedad hasta un modelo dinámico múltiple de salud y sus determinantes.
- Desde intervenciones de estilo individual hasta intervenciones basadas en la comunidad o a nivel de sistema.
- Desde la noción de destinatario pasivo de los programas sanitarios hasta un movimiento de participación pública más activo en salud.

El enfoque del modelo de activos apoya el marco presentado por Wimbush y Watson (2000) que demuestra que existen muchas fases y formas de evaluación que

Parte 1. Lo que sabemos

contribuyen al desarrollo de intervenciones efectivas. Estos autores abogan por una expresión más explícita de los tipos de cuestiones que necesitan respuestas, como para quién y con qué fin. Centrar las evaluaciones en los resultados y la eficacia puede satisfacer las necesidades informativas de los planificadores estratégicos pero a veces se quedan cortas a la hora de responder a preguntas para las partes interesadas implicadas en otras secciones de la cadena de implementación. Además, como afirman Koelen et al. (2001), los métodos de investigación deben determinarse, entre otros, con el fin de estudiar el contexto y las circunstancias, las perspectivas teóricas, la aplicabilidad de las herramientas de medida y las aportaciones de los participantes de la comunidad.

Un mayor énfasis en la evaluación que nos ayude a comprender los mecanismos de cambio y las teorías fundamentales en las que se basan los programas, podría ayudarnos a superar el vacío sobre cuál es la mejor manera de afrontar las desigualdades sanitarias. La noción de Pawson y Tilley (1997) de una evaluación realista resulta útil, ya que promueve las evaluaciones dirigidas por la teoría que ayudan a identificar las asociaciones entre el contexto (las condiciones necesarias para que una intervención desencadene mecanismos), los mecanismos (cuál es el elemento de una intervención particular que lleva a un resultado particular en un contexto dado) y los resultados (los efectos prácticos producidos por los mecanismos causales que se activan en un contexto concreto).

Los valores del modelo de activos se acoplan perfectamente a estos planteamientos de la evaluación. Este marco de evaluación incorpora un análisis de las diferentes perspectivas de las partes interesadas, en especial, las voces de las comunidades locales durante el proceso, y aborda la necesidad de realizar preguntas no sólo sobre lo que funciona, sino para quién y en qué circunstancias. Para ello se utiliza una serie de enfoques y métodos que dan lugar a un modelo único coherente para evaluar la efectividad de los enfoques “salutogénicos” de la salud y el desarrollo.

El marco de evaluación del modelo de activos también responde a la cuestión planteada por Hunter y Killoran (2004) de intervenciones para reflejar los enfoques teóricos para comprender las fuentes sociales y medioambientales de las desigualdades estructurales. Como muchos de estos importantes activos para la

salud y el desarrollo se encuentran dentro de estos dominios, promueve la necesidad de responder a preguntas sobre cómo se interrelacionan estos factores, qué tipo de mediación requieren y cómo se construyen a lo largo de la historia vital de una persona.

El modelo de activos promueve el arte de la revisión sistemática para prestar más atención a cómo los diferentes tipos de evidencia pueden agruparse y así ayudar en la tarea de unir todas las piezas del “rompecabezas de la evidencia” (Whitehead et al. 2004). Un rompecabezas como este abarcaría diferentes tipos de evidencia, por ejemplo, evidencia sobre la potencial efectividad de las políticas (a partir de estudios experimentales, cuasi experimentales y observacionales); evidencia sobre el diagnóstico y/o causas de los problemas que pueden contribuir al desarrollo de programas/intervenciones adecuados; y evidencia sobre los costes y la efectividad de los costes.

Por esta razón puede que el problema no sea necesariamente la falta de evidencia, sino la forma en la que conceptualizamos los temas y dónde intentamos encontrar tal evidencia. Judd et al. (2001) proponen un alejamiento del factor de riesgo patogénico y de la perspectiva orientada a los resultados de la evaluación y abogan por un conjunto más equilibrado de posibles objetivos de cambio y estándares adicionales para definir el éxito. Los autores afirman que esto no se opone a los estándares que son sistemáticos y apoyan la asunción de responsabilidades. Un enfoque más “salutogénico” de evaluación ofrecerá unas evaluaciones basadas en los procesos y resultados de la comunidad relevantes para las partes interesadas, legisladores y fundadores de la comunidad.

El modelo de activos tiene la posibilidad de ayudar a reconstruir unos marcos de evaluación mejores porque:

- Pretende comprender la combinación de factores necesarios para lograr la salud de la población.
- Se centra en la necesidad de utilizar enfoques para el desarrollo de la salud basados en la comunidad y en ello reconoce que las evaluaciones deben articular el proceso, el impacto y la experiencia.

Conclusiones

Los valores y principios del modelo de activos reflejan los que se articularon originariamente en la Carta de Ottawa (OMS 1986). En especial, subraya la necesidad de reforzar las comunidades locales —el modelo, mediante la realización del mapa de activos, promueve el proceso de empoderamiento de la comunidad para promover “la propiedad y el control de sus propios esfuerzos y destinos” (McKnight 1995)—. Además, fomenta el desarrollo de capacidades personales a través de un enfoque “salutogénico” del desarrollo sanitario y crea entornos de apoyo ayudando a identificar los activos clave que generan condiciones de vida y trabajo que resultan seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables.

Muchos de los activos principales necesarios para crear las condiciones óptimas de salud se encuentran dentro del contexto social de las vidas de las personas y, por tanto, este tiene el potencial para contribuir a reducir las desigualdades sanitarias.

Además, tiene el potencial de revitalizar la base de evidencia de la salud pública ayudando a los políticos, legisladores, investigadores y especialistas a reconsiderar cómo conceptualizar la idea de salud para:

- Aumentar la autoestima y la disponibilidad de recursos de las personas para mejorar y conservar su propia salud.
- Ofrecer mecanismos para garantizar que todas las políticas y programas dirigidos a abordar las desigualdades sanitarias tengan en cuenta los atributos positivos que ya existen en las personas y en las comunidades.
- Mejorar la eficacia de las organizaciones para contribuir al bienestar general de las comunidades a las que sirven.

El modelo de activos que aquí se presenta intenta revitalizar cómo piensan y actúan los legisladores, investigadores y especialistas médicos y promocionar un enfoque con más recursos para abordar las desigualdades sanitarias. El modelo

subraya un enfoque sistemático de la salud pública basada en los activos que puede generar evidencia científica y mejores prácticas sobre cómo optimizar el inventario de activos clave necesarios para promocionar la salud.

En términos de investigación, esta base de evidencia necesita articular cuáles son los activos más importantes para la salud y el desarrollo, y cómo la política y la práctica pueden ayudar a las personas, comunidades y organizaciones y así utilizarlos para la salud y el desarrollo. La investigación también es necesaria para convencer a los legisladores de los beneficios económicos de invertir en un enfoque de activos que se centre en lo positivo. La base de evidencia también necesita extraerse de las experiencias prácticas de las personas que trabajan más estrechamente con las comunidades para entender cómo pueden liberarse estos activos en la vida real. Si así se hiciera, se podría reforzar la base de evidencia de la salud pública que, hasta el momento, ha estado dominada por los modelos de déficit de salud.

Redirigir el equilibrio entre los modelos de activos y de déficit para la salud pública basada en la evidencia nos puede ayudar a superar algunos de los obstáculos existentes para realizar acciones efectivas frente a las desigualdades sanitarias. Este reequilibrio ayudaría a entender mejor los factores que influyen en la salud y lo que se puede hacer con ellos y promueve, por tanto, un enfoque de la acción positivo e inclusivo.

Dada la creciente importancia de la salud en el contexto internacional, el modelo de activos también ofrece la oportunidad de innovar y colaborar a nivel internacional, de forma que podamos impulsar los esfuerzos hacia una reevaluación de la evidencia existente con un marco de activos de referencia, y recopilar nuevos datos que nos digan cómo optimizar el inventario de activos de salud y desarrollo, tanto dentro como fuera de los países, y ayudar a conservar la salud de todos ahora y en el futuro.

Publicado anteriormente como: Morgan, A. y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, Suplemento 2,17-22.

Bibliografía

- Acheson, D. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. Londres: The Stationery Office.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International vol II*, nº 1, 11-18.
- Bartley, M., (Ed.) (2006). *Capability and resilience: beating the odds*. UCL., Londres: University College London. <http://www.ucl.ac.uk/capabilityandresilience/beattheoddsbook.pdf>, consultado en mayo de 2009.
- Bauer, G., Davies, J. K. y Pelakin, J. (2006). The EUHPID health development model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, vol 21, nº 2, 153-159.
- Ministerio de Salud británico. (2003). *Tackling health inequalities: a programme for action*. Londres: Ministerio de Salud británico.
- Exworthy, M., Berney, L. y Powell, M. (2002). How great expectations in Westminster may be dashed locally: the local implementation of national policy on health inequalities. *Policy and Politics*, vol 30, nº 1, 79-96.
- Exworthy, M., Blane, D. y Marmot, M. (2003). Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy. *Health Services Research*, vol 38, 1905-1922.
- Guy, T., Fuller, D. y Pletsch, C. (2002). *Asset mapping: A handbook*. Ottawa, Ontario: Canadian Rural Partnership.
- Harrison, D., Ziglio, E., Levin, L. y Morgan, A. (2004). *Assets for health and development: developing a conceptual framework*. European Office for Investment for Health and Development, Londres: Organización Mundial de la Salud.
- Hills, D. (2004). *Evaluation of community levels interventions for health improvement: a review of experience in the UK*. Venecia: Agencia de desarrollo sanitario.
- Hunter, D. y Killoran, A. (2004). *Tackling health inequalities: turning policy into practice*. Londres: Agencia de desarrollo sanitario.
- IUHPE. (2000). *The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe*. A report for the European Commission ECSC-EC —EXEC, Brussels. París: Jouve Composition & Impression.
- Jordan, C., Powswell, T., Harrison, S., Lilford, R. y Mort, M. (1998). Whose priorities? Listening to users and the public. *British Medical Journal*, vol 316, 1668-1670.
- Judd, J., Frankish, J. y Moulton, G. (2001). Setting standards in the evaluation of community based health promotion programmes — a unifying approach. *Health Promotion International*, vol 16, nº 4, 367-379.
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C. y Jurczak, K. (2006). *Health inequalities: a challenge for Europe*. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf, consultado en mayo de 2009.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K. y Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income and inequality. *American Journal of Public Health*, vol 87, 1491-1498.
- King, A. (2000). *The New Zealand health strategy*. Wellington: Ministerio de Salud.
- Koelen, M., Vaandrager, L. y Colomé, C. (2001). Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 55, 257-262.
- Kretzmann, J. P. y McKnight, J. (1993). *Building communities from the inside out: a path towards building and mobilising a community's assets*. Evanston, IL: Institute for Policy Research.

- Lindstrom, B. y Eriksson, M. (2005). Salutogenesis — a glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 59,440-442.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2006). Contextualising salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, vol 212, nº 3,238-244.
- Marmot, M. G., Davey Smith, G., Stansfield, S., Patel, C., North, F., Head, J. White, I., Brunner, E., y Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants; the Whitehall II study. *Lancet*, vol 337,1387-1393.
- Mackenbach, J. R. y Bakker, M. J. (2002). *Reducing inequalities in health: the European perspective*. Londres: Routledge.
- McKnight, J. (1995). *The careless society: community and its counterfeits*. Nueva York: Basic Books.
- Ministerio de Salud y Asuntos Sociales. (2003). *National public health strategy for Sweden*. Estocolmo: Ministerio de Salud y Asuntos Sociales de Suecia.
- Morgan, A. y Ziglio, E. (2006). Preámbulo. En *Capability and resilience: beating the odds*. Department of Epidemiology and Public Health, UCL, Londres: University College London.
- Morgan, A. y Popay, J. (2007). Community participation for health. Reducing health inequalities and building social capital. En Scriven, A. y Garman, S., *Public health: social context and action*. Londres: Open University Press.
- Pawson, R. y Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Londres: Sage.
- Putnam, R. (1995). *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Savedoff, W., Levine, R. y Birdsall, N. (2006). *When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation* Report of the Evaluation Gap Working Group. Washington, DC: Centre for Global Development.
- Stahl, T., Wismar, W., Ollila, E., Lahtinen, E., y Leppo, K. (Eds.) (2006). *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki: Ministerio de Salud y Asuntos Sociales. <http://www.euro.who.int/observatory/Publications/200609152>, consultado en mayo de 2009.
- Whitehead, M., Petticrew, M., Graham, H., Macintyre, S., Bambra, C. y Egan, M. (2004). Evidence for public health policy on inequalities: 2: Assembling the evidence jigsaw. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 58,817-821.
- Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2006). *Levelling up (part I): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities in health*. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. Londres: Routledge. Wimbush, E. y Watson, J. (2000). An evaluation framework for health promotion: theory, quality and effectiveness. *Evaluation*, vol 6, nº 3,301-321.
- Woodward, A. y Kawachi, I. (2000). Why reduce health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 54,923-929.
- OMS. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. *The Move Toward A New Public Health, Ottawa 17-21 November 1986*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2003). *Alillentimm development goals. WHO's contribution to tracing progress and measuring achievements*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2005). *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ziglio, E., Hagar, S. y Griffiths, J. (2000). Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International*, vol 15, nº 2, 143-154.



4

Un enfoque salutogénico para abordar las desigualdades sanitarias

BENGT LINDSTRÖM, MONICA ERIKSSON

En los años 60, el antropólogo Colin M. Turnbull escribió dos libros que dieron mucho que hablar – *The Forest People* y *The Mountain People* (Turnbull, 1961; Turnbull, 1972). Trataban sobre dos tribus africanas, la primera vivía en su hábitat original en el bosque, era próspera y tenía unas costumbres muy arraigadas, con rituales y una profunda sabiduría a pesar de las duras condiciones de la vida en jungla. La otra tribu fue apartada de su hábitat original por el “desarrollo moderno”, para hacer frente al hambre, la enfermedad y como lucha para la supervivencia. Estas gentes de la montaña finalmente perdieron su orgullo y cultura, que generó conflictos y homicidios, y en un primer momento, provocó un estado de colapso mental y apatía. El debate pues giraba en torno al derecho a escribir sobre la muerte de una cultura de una forma tan deprimente, ya que en aquella época todavía había esperanza y se soñaba con un futuro próspero e independiente para África y el fin de la colonización.

Volviendo la vista 40 años atrás en África, con las interminables guerras civiles, la explotación, el mal uso de los recursos y la catástrofe del VIH/sida, se podría decir que la imagen descrita por Turnbull era más cercana a la vida real de lo que él jamás hubiera esperado. Como antropólogo, utilizaba sus historias para trazar dolorosos paralelismos desde el mundo en vías de desarrollo y los fenó-

Parte 1. Lo que sabemos

menos de las culturas occidentales para subrayar las tendencias universales. El estado en el que se encontraban las gentes de las montañas es similar a lo que se denomina la “enfermedad del campo de concentración” cuando las personas simplemente tiran la toalla porque sus vidas han perdido el sentido. Por otro lado, tenemos las historias de personas que a pesar de estas penurias, nunca pierden el espíritu y logran dar un sentido a esta descorazonadora situación. Este sentido no sólo les permite sobrevivir, sino también llevar una vida de total bienestar mental y espiritual. Este fenómeno fue objeto de estudio científico hace unos 25 años y creó el marco para la investigación salutogénica (Antonovsky, 1979, 1987). Acabamos de finalizar un estudio sistemático de la salutogénesis y hemos descubierto que existe una correlación con el bienestar mental y la calidad de vida en poblaciones e individuos que han desarrollado un fuerte sentido de la coherencia, el mecanismo clave del modelo salutogénico. El modelo ha sido analizado en al menos 32 países diferentes y en 33 idiomas y se descubrió que funciona en todas estas diversas culturas (Eriksson y Lindström, 2005, 2006).

Antecedentes

El eje central de este capítulo son los conceptos y los modelos que favorecen una salud positiva. Lo deseable sería que hubiera características y modelos universales dentro de la promoción de la salud que resultaran útiles a escala mundial y fomentaran el desarrollo general de la humanidad. Además de la descripción de los denominados “conceptos positivos” de la salud, nuestro objetivo aquí es buscar conceptos y soluciones universales. Al mismo tiempo, postulamos que muchas de las tendencias posmodernas que afectan a la estabilidad mental son características universales que ejercen una influencia directa o indirecta en todos los países del mundo. Queda claro que las culturas occidentales se centran en gran medida en el individuo y en la protección de sus derechos, como establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU), en comparación con otras culturas donde los esfuerzos colectivos se consideran más importantes que los individuales. Desde la perspectiva de la

promoción de la salud esto puede suponer una diferencia enorme, ya que el énfasis tanto en el colectivo como en el individuo genera prerequisites diferentes para la salud, incluida la mental.

El presente: de la Modernidad a la Posmodernidad

La literatura de la sociedad posmoderna o tardomoderna es hoy en día abundante y diversa (Bauman, 1989; Giddens, 1990, 1991). Mientras que la sociedad antigua se basaba en creencias religiosas y míticas, la modernidad, desde el periodo de la Ilustración hasta la actualidad, considera la base y la perspectiva lógica de la ciencia como la herramienta definitiva para la explicación de la realidad, con el máximo detalle. Mientras la salud pública se desarrolla como un constructo de la modernidad, la posmodernidad de nuevo se encarga de la deconstrucción de la sociedad en todos los aspectos; desde las instituciones centrales a los valores centrales. El mundo se ve como algo ahistórico y desinstitucionalizado, dirigido por las éticas subjetivas del individuo. Las teorías más moderadas afirman que nos encontramos en un periodo de transición denominado período tardomoderno (Giddens, 1990, 1991). Los posmodernistas afirman que el hombre está viviendo en un vacío, sin ninguna perspectiva sobre de dónde viene, ni hacia dónde va (Bauman, 1989). La racionalidad y la lógica de la ciencia son cuestionadas porque se ha demostrado que son incapaces de explicar todos los aspectos de la realidad. Como consecuencia, los hombres tienden hacia otros modelos o explicaciones y fuerzas (como el mercado y la ideología *New age*) que compiten por el control de la mente. La persona posmoderna está alienada de la comunidad local. En lugar de sistemas abstractos, los valores simbólicos (como el mercado y los medios) alteran esta relación y los sistemas de expertos se han convertido en el poder al que dirigirse cuando se ha perdido la fe religiosa (Giddens, 1990, 1991). Esto implica que una persona, en lugar de confiar en su propio juicio o en su red de apoyo familiar o de amigos, recurre al consejo experto sobre temas que normalmente la persona resuelve por ella misma. Este hombre posmoderno podría describirse como una persona vulnerable, bastante confundida, desilusionada, que intenta encontrar su propia forma en una existencia caótica y fragmentada sin

Parte 1. Lo que sabemos

coherencia. Al mismo tiempo, las sociedades occidentales se centran en el ideal del individuo, poniendo su libertad de elección y autonomía por encima de las necesidades del colectivo (Bourdieu, 1993). Hay más actividades disponibles por unidad de tiempo que nunca, que ayudan a crear un conjunto de circunstancias cada vez más complejo en el que se espera que las personas creen su competencia en cuanto a su salud y a su propia vida.

El recurrente tema de la salud

Muchas de las críticas sobre diferentes descripciones de la salud han sido que los conceptos derivan de la orientación de la enfermedad cuando la salud y la enfermedad se encuentran en el mismo eje, pero son diametralmente opuestas unas a otras. Esto sería indicativo de que los mismos mecanismos operarían en la creación de la enfermedad como en la creación de la salud, aunque en direcciones distintas. Esto es verdad en parte, porque existen otras opciones. Si se analiza más detalladamente, la eliminación de una enfermedad patogénica en un organismo a veces significa que esa enfermedad específica se elimine del sistema, casi sin considerar el efecto en el equilibrio de la salud. La definición tradicional de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948 presenta la misma carencia, consideraba la “salud” como un nivel absoluto que únicamente se logra cuando se ha eliminado la enfermedad del sistema (OMS, 1946). La salud por tanto se define como la ausencia de enfermedad. Si creáramos un modelo donde hubiera tres dimensiones, la enfermedad y su opuesto “contra-enfermedad”, la salud y su opuesto “contra-salud” y la calidad de vida y su opuesto “contra-calidad de vida”, se podría asumir que el estado de salud, contra-enfermedad y calidad de vida se sitúan en el mismo lado. Sin embargo, se pueden combinar las posiciones de cualquier forma (en parte dependiendo de las definiciones de salud, enfermedad y calidad de vida). Por ejemplo, una persona con una buena calidad de vida puede tener un nivel bajo de salud y un nivel elevado de enfermedad, o una persona puede percibir que tiene un elevado nivel de bienestar en lugar de sufrir una enfermedad y limitaciones de sus funciones. De la misma forma, existen personas con un

bajo nivel de calidad de vida que pueden tener un elevado nivel de salud y de no-enfermedad. De hecho, se puede imaginar cualquier combinación de las tres dimensiones.

No fue hasta los 80 cuando la OMS incluyó una cuarta dimensión, el bienestar espiritual, a las dimensiones física, social y mental (Mahler, 1987). Hoy en día, la salud se ve como un valor para la vida diaria y no como un producto final. Así se establece en la carta de Ottawa (OMS, 1986) sobre la promoción de la salud, en la que la salud se ve como el proceso que nos lleva al logro de los objetivos vitales de las personas. Según la OMS (1986), la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar los factores determinantes de la salud y de ese modo mejorar su salud y ser capaces de tener una vida activa y productiva.

Este proceso podría verse como tres fases: la primera incluye la base (los determinantes); mientras que la segunda establece los objetivos (llevar una vida activa y productiva); la tercera fase es la actividad (el proceso facilitador), en la que los determinantes se utilizan para alcanzar el objetivo en la relación dialéctica entre las personas, el contexto y los facilitadores. En el centro es donde se encuentra el ser humano, activo y participante.

Por norma general, existen muchos más conocimientos e información sobre las causas de la enfermedad y el tratamiento de estas enfermedades (la orientación patogénica) que sobre las causas y los factores que crean un buen estado de salud y la mantienen (la orientación salutogénica). Hasta hace poco no existía una construcción teórica y empírica concreta orientada hacia el marco salutogénico, siendo el más reconocido el de Antonovsky (Antonovsky, 1979, 1987).

¿Un marco interdisciplinar hacia la salud?

Es posible que para que sea totalmente comprendido el concepto de salud mental deba ser examinado desde otras perspectivas conjuntas, en vez de simplemente como una ciencia sanitaria (Klein, 1990). Un enfoque podría ser la teoría y la

Parte 1. Lo que sabemos

práctica de la interdisciplinariedad que ha evolucionado como un marco teórico durante el último siglo.

Klein describe la interdisciplinariedad como una manera de:

- Responder a preguntas complejas.
- Abordar temas amplios.
- Explorar las relaciones disciplinarias y profesionales.
- Resolver problemas que implican a más de una disciplina.
- Lograr unidad de conocimientos en una escala limitada o de grandes dimensiones.

La comprensión de cualquier discurso sobre la salud mental a nivel de sociedad es una cuestión compleja que conlleva aspectos históricos, macropolíticos y culturales y la tradición socioeconómica tanto de las naciones, como a nivel individual, o de los continentes en su conjunto. La investigación interdisciplinar tiene una historia en el último siglo que implica principalmente a las ciencias sociales y especialmente a las ciencias educativas apoyadas por muchos científicos, intelectuales y organizaciones [como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO)], y ha estado especialmente presente en movimientos críticos como el estructuralismo y la deconstrucción (Lévi-Strauss, Foucault, Kuhn, entre otros). La fuerza de la interdisciplinariedad es el enfoque integrador.

Las ciencias sanitarias han tenido tal orientación a la enfermedad que se ha hecho muy complicado mirar más allá de este enfoque. Un ejemplo típico de este problema es el uso del concepto de la calidad de vida en la investigación médica y sanitaria. Tras su introducción, hubo un breve periodo de mayor entendimiento del concepto de calidad de vida, pero ahora está dominado por la investigación de la “calidad de vida relacionada con la salud”, que realmente evalúa el efecto de las intervenciones médicas en la calidad de vida de las personas. Se trata de una investigación relevante y de calidad pero debería llamarse investigación de la calidad de vida orientada a la enfermedad, ya que se ha perdido en concepto de salud positiva.

La prosperidad como prerequisite del bienestar

La prosperidad dentro del mundo industrializado tras la Segunda Guerra Mundial fue aumentando a un ritmo estable hasta principios de los 70. Las condiciones de vida materiales también mejoraron para la mayoría de la población. Tanto es así, que en sociología los efectos negativos del crecimiento económico hicieron surgir la cuestión de otras formas de medición de la prosperidad independientemente del producto nacional bruto (PNB) per cápita.

Aunque conceptos como el estándar y el nivel de vida llevaban usándose desde principios del siglo xx, no se definieron antes de que la ONU publicara un informe sobre la Definición y medición internacional del nivel de vida (1954). Este informe afirmaba que la mejor forma de definir el nivel de vida de una población es cuantificar aspectos de la situación vital de los individuos claramente definidos y que se correlacionen con los objetivos de la Carta de la ONU. La ONU intentaba encontrar una medida compuesta para describir los componentes de las diferentes esferas de la vida de la población, que representasen los objetivos de las diferentes organizaciones de la ONU. Posteriormente el nivel de vida se definió como:

El nivel de satisfacción de las necesidades de la población medido por el flujo de bienes y servicios disfrutados en una unidad de tiempo o la medida en la que las necesidades generales de la población se ven satisfechas.

(JOHANSSON, 1970)

Los primeros estudios que utilizaron estas medidas fueron realizados en Reino Unido y en Alemania occidental, donde se usaron indicadores como el número de personas que tenían televisores, coches, teléfonos, etc. Posteriormente, la ONU fue criticada por el énfasis desmedido en la importancia de los bienes de consumo.

En Europa, la OCDE desarrolló un sistema para medir el desarrollo social, actividad que se ha combinado con actividades similares dentro de la ONU. La recesión económica de mediados de los 70 aumentó el interés por desarrollar

Parte 1. Lo que sabemos

indicadores sociales compuestos. Éstos se desarrollaron mediante un proceso que consistió en, primero, la elaboración de una lista de preocupaciones sociales; segundo, la elaboración de indicadores; y tercero, en pruebas de campo. La primera lista de indicadores se publicó en 1973 (List of Social Concerns Common to Most OECD Countries, lista de las preocupaciones sociales comunes a la mayoría de los países miembros de la OCDE) y que se revisó en 1982 (The OECD list of Social Indicators lista de la OCDE de indicadores sociales 2009). Esta última incluye los siguientes indicadores:

1. Indicadores de contexto general
2. Indicadores de autosuficiencia
3. Indicadores de equidad
4. Indicadores sanitarios
5. Indicadores de cohesión social

En los países nórdicos, Suecia fue el primero en aplicar estudios sobre el nivel de vida. El énfasis se encontraba en hallar y describir las condiciones de vida de la población general, con especial interés en los grupos con bajos ingresos. Las perspectivas utilizadas fueron la distribución de recursos y el control individual, y el nivel de vida se definió como:

La disposición de las personas sobre recursos monetarios, bienes, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad, que les permitan controlar e influenciar conscientemente las condiciones. Los componentes que se consideraron relevantes a finales de los 60 en Suecia fueron: sanidad, patrones nutricionales, vivienda, condiciones educativas, relaciones familiares, educación, empleo, condiciones laborales, recursos económicos, recursos políticos, tiempo de ocio y recreo.

(JOHANSSON, 1970)

El estudio sueco ejerció una influencia en los estudios nacionales noruegos, fineses y daneses sobre las condiciones de vida. El estudio finés de 1975 era un estudio nórdico comparativo, que también utilizaba explícitamente el término de calidad de vida. El estudio, titulado Having, Living and Being (tener, vivir y ser),

definía la prosperidad como un estado en el que las personas son capaces de satisfacer las necesidades centrales (Allardt et al., 1980).

Allardt et al. (1980) describieron dos dimensiones de prosperidad: la material y la no material. El nivel de vida se fija según el grado de satisfacción de las necesidades materiales mientras que el bienestar se define según las necesidades no materiales. Las dimensiones del nivel y la calidad de vida se encuentran en la tabla 4.1.

El nivel de vida (tener) se define en recursos materiales (objetivo) y la satisfacción de los mismos respecto a estos (subjetivo). La calidad de vida (amar y ser) es definida por las personas como la satisfacción de las necesidades no materiales en relación con otras personas, la sociedad y la naturaleza.

En Estados Unidos se ha desarrollado una tradición similar. El centro de interés era la satisfacción percibida en cuanto a las diferentes esferas de la vida. Campbell definió la calidad de vida como una medida subjetiva que describe la forma en la que las personas experimentan sus vidas (Campbell et al., 1976). Las condiciones objetivas de vida se consideraron menos importantes. Los conceptos centrales en la investigación de Campbell fueron la satisfacción y la felicidad.

Una combinación tanto de los datos subjetivos como objetivos fue introducida por Andrews y Whitney (1976), que desarrollaron medidas de la “calidad de vida percibida”. La vida se divide en roles diferentes (vida laboral, vivienda, familia, compañía), diferentes valores (éxito, belleza, libertad, felicidad) y una combinación de los anteriores. Los análisis estadísticos tuvieron como resultado 12 factores importantes para la calidad de vida de los individuos y las experiencias individuales sobre: (1) concepto de sí mismo, (2) vida familiar, (3) economía, (4) disfrute de la vida, (5) vivienda, (6) actividades familiares, (7) tiempo para uno mismo, (8) actividades de ocio, (9) gobierno, (10) acceso local a bienes y servicios, (11) salud, (12) puesto de trabajo. Se analizaron originalmente 100 esferas diferentes y se entrevistó a unas 5 000 personas.

Tabla 4.1. El tener – amar – ser de la “prosperidad”

	INDICACIÓN OBJETIVA (NECESITAR)	INDICACIÓN SUBJETIVA (QUERER)
ÉNFASIS EN LO MATERIAL Y LO IMPERSONAL	<p>NIVEL DE VIDA:</p> <p>mediciones objetivas de recursos materiales o impersonales</p>	<p>INSATISFACCIÓN:</p> <p>sentimiento subjetivo de satisfacción – insatisfacción en cuanto a las condiciones de vida materiales</p>
ÉNFASIS EN LO NO MATERIAL Y EN LO SOCIAL	<p>CALIDAD DE VIDA:</p> <p>mediciones objetivas en cuanto a la intención de las personas sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Otras personas 2. La sociedad 3. La naturaleza 	<p>FELICIDAD:</p> <p>sentimientos subjetivos de felicidad</p>

Allardt et al. (1980)

En los países nórdicos, como crítica a Allardt y Johansson, el sociólogo sueco, Swedner, desarrolló un modelo al que se llamó *Take-Have-Give* (*tomar-tener-dar*), donde se utilizaron métodos tanto cualitativos como cuantitativos para describir la realidad social de las personas (Swedner, 1983). Según este modelo, la “salud” es algo que el individuo logra y conserva (tener). Para poder lograr esto, los recursos se toman activamente del entorno inmediato (tomar). La calidad de vida se define dentro del campo de las actividades (dar) (amor, autoestima, agradecimiento, autorrealización). Este modelo considera a las personas como seres sociales que para lograr una buena calidad de vida necesitan que las redes sociales funcionen y que las necesidades psicológicas se vean cumplidas.

Para lograr un elevado nivel de vida, la persona tiene que estar satisfecha con los siguientes aspectos de la vida: capacidad física, capacidad de contacto social, conocimiento, habilidades laborales, influencia en el entorno físico, poder, y capacidad para lograr los objetivos establecidos. Estos recursos pueden utilizarse para alcanzar determinados objetivos, tanto a nivel individual (felicidad o alegría) como de grupo (compañía, seguridad, solidaridad). Se considera que estos objetivos vitales son calidades de vida que describen la existencia de una persona o un grupo (Swedner, 1983). ¿Perciben las personas que viven en estados de prosperidad que tienen un alto nivel de salud y bienestar mental? Esta pregunta es difícil de contestar.

El bienestar subjetivo tiene un fuerte componente cultural, sin embargo, se puede ver que los estados de prosperidad han dado dimensiones que mejoran el bienestar físico y social y que Dinamarca y Suecia, con estados de prosperidad bien establecidos, repiten en los primeros puestos del mundo en cuanto a la felicidad y el bienestar subjetivo. Aunque sigue siendo imposible hablar de relaciones causales directas, existen pruebas de que las intervenciones a nivel de comunidad mejoran y aumentan el bienestar mental. El ejemplo más claro corresponde al proyecto de ciudad saludable de la OMS en el que la intervención controlada en una ciudad ha demostrado que facilitar recursos a múltiples niveles aumentó los niveles de satisfacción y optimismo de la población (De Leeuw, 2003).

En las ciencias sociales, la calidad de vida se ha incluido en el concepto de “prosperidad” para describir principalmente las necesidades humanas no materiales, el bienestar percibido, también “el amar” y “el ser”. Las actividades humanas o el “hacer” y el “dar” en el sentido de la autorrealización y la autoestima y el respeto por los demás se han introducido posteriormente como conceptos de calidad de vida.

Existen algunos aspectos teóricos adicionales que pueden usarse en este contexto de encontrar coherencia para los sistemas. En este texto han servido de inspiración pero no se ha profundizado en ellos, como son el concepto de “habitus” de Bourdieu (Bourdieu, 1993), que hace referencia a una consciencia colectiva común, y el modelo de desarrollo ecológico de Bronfenbrenner, que combina microsistemas, mesosistemas y macrosistemas (Bronfenbrenner 1979).

Parte 1. Lo que sabemos

Últimamente algunos conceptos han saltado a la palestra de la investigación en la promoción de la salud. Se trata de los conceptos de capital social y de empoderamiento. El capital social se identifica con los recursos sociales de una persona en términos de relaciones humanas. El capital y las redes sociales siempre han sido difíciles de estudiar y cuantificar de forma empírica, pero Diderichsen y Whitehead hacen una distinción entre el capital social horizontal y vertical (Whitehead y Diderichsen, 2001).

El capital social horizontal hace referencia a las relaciones humanas íntimas e inmediatas de las personas. En términos de salud, el capital social horizontal parece promocionar el bienestar mental y psicológico y la autoestima de los individuos. El capital social vertical hace referencia a cómo se relacionan las personas con el capital social horizontal y otros niveles sociales, como el vecindario, la comunidad local, la ciudad, la región y la nación. Este concepto es similar al de “conectividad” utilizado en la investigación de la resiliencia en niños en edad escolar. La conectividad parece promocionar la salud tanto física como mental y el éxito escolar. El instrumento es desarrollado por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y ha sido probado en 60 países diferentes con resultados positivos similares (Blum, 2001).

El siguiente concepto clave para el proceso de promoción de la salud es el principio y la teoría del empoderamiento (Freire, 1970; Rappaport, 1987). Freire utilizaba el empoderamiento como una forma de aprendizaje, centrándose en las poblaciones que tienen dificultades para acceder al aprendizaje en instituciones normales. Estuvo trabajando en la reducción de la desigualdad mediante el aprendizaje y la movilización de las personas sin educación. Durante un periodo fue expulsado de su país, Brasil, porque el gobierno temía el componente revolucionario en su filosofía del aprendizaje por la redistribución del poder. El empoderamiento consiste en dar a la gente el control y el poder sobre sus propias vidas; lo que resulta similar al proceso facilitador en la promoción de la salud. Se trata de desarrollar habilidades y destrezas de confrontación, facilitando a las personas la capacitación y el trabajo hacia un aumento activo de la concienciación crítica. Se trata también de un concepto democrático que se centra en la estructura de poder y de un proceso de actividad profesional y una renuncia al poder profesional.

¿Puede el aprendizaje llevarnos al bienestar mental?

Como el empoderamiento, el proceso de aprendizaje mismo puede promocionar el bienestar, si se realiza en virtud de los principios de la promoción de la salud. El aprendizaje, en el más amplio contexto, es la interacción entre una persona (el actor) y el mundo (la estructura) y está mediado por la actividad o por otras personas que producen el conocimiento coherente. La forma en la que las personas son tratadas por otros en situaciones de aprendizaje afectará a su bienestar. La ciencia del aprendizaje es compleja y no es fácilmente transferible debido a las fuertes asociaciones con la cultura y las tradiciones. Por ejemplo, la forma en la que las madres en Bali se socializan con sus hijos es desatendiendo totalmente a los mismos si expresan sus deseos con agresividad o llorando, lo que en un contexto occidental, sería indicio de abandono grave. Otra comparación entre países con estudiantes con un nivel similar de habilidades matemáticas, descubrió que se utilizaban diferentes métodos docentes. En los Países Bajos, los profesores tienden a ofrecer a sus alumnos modelos de soluciones, mientras que en Japón, los profesores primero dejan que los alumnos encuentren sus propias soluciones. En ambos países, los estudiantes poseen unas excelentes habilidades matemáticas, pero eso no quiere decir necesariamente que los estudiantes holandeses fueran mejores si los profesores adoptaran las estrategias japonesas. Esto ocurre porque los métodos de aprendizaje de los profesores son muestra de la cultura individual de los países (Stigler, 2003).

El aprendizaje puede ser superficial, especialmente cuando se enseña a las personas a memorizar, sin entender lo memorizado. Algunas tienen mejores habilidades (genéticas o adquiridas) para memorizar que otros, aunque las personas tienden a olvidar detalles tras un breve período de tiempo. Por esta razón, si la docencia debe ser efectiva, sostenible y estar correlacionada con el bienestar mental, el aprendizaje superficial que se corresponde a la inteligencia cognitiva no está recomendado como un principio docente para la promoción de la salud.

Los efectos del aprendizaje también están relacionados con la microcultura del estudiante, es decir, la clase social y al grupo al que pertenece. Si no se tienen en consideración estos hechos, el aprendizaje puede ser ineficaz y exclusivo.

Parte 1. Lo que sabemos

La mayoría de los colegios están contruidos en torno a un modelo de aprendizaje no diferenciado donde los que proceden de un trasfondo familiar y una clase social con “inteligencia escolar” se ven favorecidos, que estos niños ya tienen una “cultura del aprendizaje” para poder tener un buen rendimiento. Por tanto se puede dar el caso de que las escuelas podrían estar aumentando de forma involuntaria las diferencias sociales y sanitarias (Rutter, 1980; Nutbeam, 1993; Nilsson, 2003). Otro enfoque es la denominada asimilación en profundidad o aprendizaje profundo. En el aprendizaje profundo, existe un interés por conectar lo que se está enseñando con el trasfondo y la cultura del que está aprendiendo. Además, el aprendizaje profundo no sólo favorece a la inteligencia cognitiva sino que responde a las otras cualidades de la inteligencia (Gardner, 1991).

El aprendizaje efectivo también está relacionado con los contenidos, los métodos de enseñanza, el entorno (contexto) que incluye el clima emocional, la calidad y la relación entre el alumno y el profesor, y finalmente, la forma de evaluación y el resultado. Hoy en día se considera que es más efectivo dejar a los estudiantes construir su propio conocimiento e integrarlo en el sistema de valores que darles hechos ya constatados. “El aprendizaje basado en la evidencia” existe en muchas formas y tiene que ser adaptado en función de varios de los factores mencionados anteriormente, que crean plenitud, coherencia y bienestar mental (Lindström y Nafstad, 2003). El aprendizaje efectivo se estimula mediante una variación de los métodos, a los que debe darse forma y definición mediante una evaluación constante.

Conceptos positivos de la salud mental dentro de la psicología social

Hace más de 40 años Marie Jahoda presentó un informe titulado *Current concepts of positive mental health* (conceptos actuales de salud mental positiva) (Jahoda, 1958). El encargo provenía de la *US Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión conjunta sobre la enfermedad y la salud mental)

para encontrar una base de evidencia que apoyara las decisiones relativas a la reconstrucción de los servicios de salud mental en EE UU. El informe concluyó que la definición más común de salud mental es la ausencia de enfermedad mental. Otro enfoque consistía en usar la normalidad, ya fuera como un fenómeno de norma estadística o como una idea normativa sobre cómo debe funcionar el ser humano. Jahoda fue la voz del escepticismo sobre ambos enfoques, señalando el peligro de las definiciones culturales de normalidad, como las que prevalecieron en la Alemania nazi (ella misma se había visto obligada a huir de Austria).

El informe de Jahoda incluía seis puntos (todos ellos, ya fuera individualmente, o en combinaciones, eran considerados como criterios para la salud mental):

1. Las actitudes de los individuos hacia ellos mismos.
2. El desarrollo de la autoestima.
3. El grado de integración de la personalidad.
4. El nivel de autonomía individual.
5. El sentido de la realidad.
6. La capacidad del individuo para adaptarse al entorno.

Posteriormente enumeró las condiciones que caracterizan un buen estado de salud mental. Donde se necesita un concepto positivo de uno mismo; una capacidad de ser activo y de desarrollar talentos individuales; estar integrado/a; ser capaz de tomar decisiones individuales y acciones sin aislarse de los demás; tener una percepción adecuada de la realidad y buenas habilidades empáticas; y finalmente ser capaz de crear relaciones profundas y duraderas con otras personas (al menos una con una persona del sexo opuesto). Sin embargo, el trabajo de Jahoda no ha sido muy utilizado en la práctica.

El psicólogo noruego Siri Naess, creó el concepto de “calidad de vida interior”, equivalente al de bienestar mental (Naess, 1974, 1979, 1987). Los criterios de una buena calidad de vida interior se basan en un sistema de valores normativos estructurados en torno a un análisis teórico. Según Naess, la calidad de vida interior aumenta cuando el individuo:

Parte 1. Lo que sabemos

1. Está activo.
2. Tiene buenas relaciones interpersonales.
3. Tiene autoestima.
4. Está alegre por defecto.

Estos conceptos se definen como:

1. **Activo en el sentido de:** estar interesado y comprometido con algo fuera de ti mismo (afición, trabajo, política, religión, arte) que experimenta como significativo, como alentador para la vida.
2. **Autoestima en el sentido de:** conocerse a sí mismo, sentirte bien como ser humano, ser consciente de tus habilidades, sentirte útil, satisfecho con los propios éxitos, moralmente valioso y que se alcanzan los estándares establecidos.
3. **Relaciones interpersonales buenas en el sentido de:** tener una relación cercana, mutua y cálida con al menos un ser humano, tener una vida sexual activa placentera, hacer amigos y experimentar la lealtad y un sentimiento de participación y pertenencia (de amigos, vecinos, compañeros de trabajo, amigos).
4. **Estado de ánimo alegre en el sentido de:** tener sentimientos intensos de belleza, sentirse cercano a la naturaleza, abierto y receptivo, seguro, armonioso, sin preocupaciones, ansiedades ni inquietudes, un estado de alegría y compasión, viendo la vida como algo enriquecedor y gratificante, sin sensación de vacío, depresión, dolor ni malestar.

Los valores no cuentan con una jerarquía, todos se consideran de igual importancia (Naess, 1974). Naess (1979) considera que la sociedad como conjunto se beneficia más de la asignación de recursos a los niños que a otros grupos de población. Esto es porque los niños tienen una larga vida por delante y serán capaces de influenciar a sus propios hijos, quienes tendrán también hijos. En el esquema de una población, el grupo de mediana edad es probablemente el que dispone de más recursos mientras que los mayores cuentan con los menores

recursos a su disposición. Hipotéticamente, una sociedad podría utilizar este argumento y asignar dichos recursos para aumentar la calidad de vida de los mayores. Esta intervención mejora la calidad de vida de los mayores pero éstos nunca llegarán a alcanzar el nivel de la población general. Antes o después, la calidad de vida de los otros grupos decrecería. Afectaría a los colegios y los centros de día para niños y niñas, lo que tendría un efecto negativo en la calidad general de vida de la población a largo plazo. Por lo tanto, la inversión en los niños obtendría los mayores beneficios.

Obviamente, el sistema de valores de Naess puede crear individuos y grupos fuertes que muestren poca solidaridad hacia el conjunto de la sociedad. El desarrollo de las ideas de Naess hacia un sistema que considera tanto el concepto de calidad de vida interna y los factores externos, ha sido el objeto del trabajo de Kajandi, que afirma que a pesar de todo, el hombre es un ser social, que vive en un contexto social en grupos y sociedades por otras razones más allá del simple motivo de aumentar la supervivencia y la prosperidad. Un componente central de la calidad de vida es por tanto el sentido de contribuir para conseguir lo mejor para el grupo y la sociedad mediante el trabajo individual (Kajandi, 1981). Como consecuencia, Kajandi añadió las condiciones externas de la vida donde el trabajo, la economía personal y la vivienda son conceptos centrales. Así, se incluyen tres esferas de la vida en el modelo de Kajandi: condiciones externas (trabajo, economía, vivienda), relaciones interpersonales (relaciones íntimas, amistades, relaciones familiares), y condiciones psicológicas internas (actividad, concepto de sí mismo, estado de ánimo normal). Las condiciones psicológicas internas incluyen: actividad, imagen de sí mismo y estado de ánimo normal (alegría). Estos conceptos son casi idénticos al modelo que Naess creó y por tanto no los repetiremos.

Para concluir, la calidad de vida en psicología se utilizaba en un principio para fijar objetivos de bienestar mental de las personas, basado en análisis teóricos y sistemas de valor normativos. La calidad de vida se describe en las esferas de la vida donde la dimensión psicológica representa la esfera personal (Naess et al., 1979), la esfera interpersonal describe las relaciones sociales y la esfera

Parte 1. Lo que sabemos

externa las condiciones socioeconómicas (Kajandi, 1981). El modelo fue desarrollado posteriormente por Lindström para la salud pública y la promoción de la salud, incluyendo las cuatro esferas que aparecen en la tabla 4.2 a continuación (Lindström, 1994).

Este modelo de calidad de vida es un desarrollo de los modelos de Naess y Kajandi. Naess (1974) describió un modelo basado en el valor de una “calidad de vida interior” utilizando componentes mentales y sociales, lo que estaba relacionado con el contexto socioeconómico de Kajandi (1981). Aquí, el modelo se amplía a cuatro esferas de la vida: la esfera global, la externa, la interpersonal y la personal. Estos componentes pueden adaptarse universalmente a cualquier contexto humano: toda persona tiene una dimensión física, mental y espiritual que representa la esfera personal. Esto se experimenta en un contexto de relaciones sociales y de apoyo, es decir, la esfera interpersonal que de nuevo tiene un contexto socioeconómico, la esfera externa.

Finalmente existe el macronivel, que incluye una sociedad y su cultura en un contexto geofísico, es decir, el nivel global. Este modelo de calidad de vida general necesita seguir siendo puesto en marcha para la persona o población al que se aplica. Este modelo ha sido recientemente sugerido como un instrumento en la evaluación de la efectividad de la promoción de la salud (Raphael, 2002).

Otro modelo de valor similar es el canadiense: “ser, pertenecer y convertirse”, que tiene una orientación más clara hacia el proceso (Raphael, 2002). Aquí, la calidad de vida se considera como un fenómeno multidimensional dinámico, holístico y complejo, basado en un profundo y equitativo respeto por el individuo y su propia expresión, que es el resultado de las interacciones entre la persona y el contexto del entorno. Por tanto, la calidad de vida desarrollada por el centro para la promoción de la salud de Canadá (*Canadian Centre for Health Promotion*) es: “[...] el grado en el que una persona disfruta de las importantes posibilidades de su vida.” (Rootman et al. 1992).

Tabla 4.2. Modelo general de calidad de vida, esferas de la vida y dimensiones

ESFERAS	DIMENSIONES (OBJETIVO/SUBJETIVO)	EJEMPLOS
GLOBAL: Recursos ecológicos, sociales y políticos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Macroentorno 2. Cultura 3. Derechos humanos 4. Políticas de prosperidad 	Entorno físico, respeto por los derechos humanos, equidad, asignación de recursos
EXTERNOS: Recursos sociales y económicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo 2. Ingresos 3. Vivienda 	Educación, empleo, economía, estándar de vivienda, satisfacción con estas condiciones
INTERPERSONALES: Recursos en relaciones y apoyo social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura y función familiar 2. Amigos íntimos 3. Gran apoyo social 	Tamaño de la familia, amigos, relaciones íntimas, apoyo de los vecinos y la sociedad. Satisfacción con lo anterior
PERSONAL: Recursos personales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Físico 2. Mental 3. Espiritual 	Crecimiento, actividad, autoestima y estado de ánimo normal. Sentido de la vida

Lindström (1994)

Problemas metodológicos en la valoración de la felicidad, el bienestar y la calidad de vida

Existen muchos problemas implicados en la valoración de la calidad de vida, el bienestar o felicidad subjetivos. Según Heal y Sigelman, citados por Shallock, existen cuatro formas principales en las que los métodos para valorar el bienestar

Parte 1. Lo que sabemos

pueden diferir (Shalock, 1990). Primero, las medidas pueden ser objetivas y/o subjetivas. Segundo, pueden ser absolutas o relativas, es decir, o indexan directamente la calidad de vida de las personas o la comparan con un estándar de optimización. Tercero, la calidad de vida puede ser informada directamente por los sujetos del estudio o valoradas por alguien más (por un informante o por alguien en su nombre, como un pariente, amigo o el investigador). Este método se utiliza cuando resulta complicado obtener una respuesta directa del sujeto por motivos de desarrollo o dificultades de comunicación.

Por último, la medición puede ser generada por el investigador o por el sujeto del estudio. Las mediciones pueden ser objetivas, es decir, centrarse en las condiciones (como el estándar de vivienda, los ingresos y el nivel de educación) o subjetivas, es decir, centrarse en la satisfacción percibida de la vida en general o de circunstancias específicas de la vida. Las mediciones objetivas pueden evaluarse externamente mientras que las subjetivas necesitan de una evaluación interna.

Históricamente, en los estudios de calidad de vida se había tendido únicamente a usar las mediciones objetivas pero hoy en día las mediciones subjetivas o las mediciones combinadas subjetivas-objetivas son más comunes. Existen diferentes dificultades en la interpretación de las dimensiones subjetivas y la calidad de vida percibida. Las personas, culturas y naciones tienen diferentes niveles de aspiraciones y también diferentes formas de expresar la satisfacción. Esto significa que las personas pueden expresar niveles mayores o menores de satisfacción con exactamente las mismas circunstancias objetivas. Generalmente, las personas con escasos ingresos y un nivel educativo bajo o los ancianos/as tienden a idealizar sus condiciones, es decir, expresan niveles de bienestar subjetivo más deseables socialmente (De Maio, 1984). Sin embargo, se ha demostrado que este efecto es menor en las valoraciones aportadas por el sujeto en cuestión (Atkinson, 1982; Crowne y Marlowe, 1964), y que el uso de cuestionarios anónimos también reduce esta tendencia (Naess, 1987).

A nivel individual hay personas que tienden a estar de acuerdo o en desacuerdo con cualquier cosa (los denominados conformistas o contestatarios). Se ha demos-

trado que el bienestar subjetivo medido como el grado de satisfacción con la vida a nivel nacional se mantiene bastante constante. Diecinueve países que participaron en una encuesta sobre la satisfacción con la vida, repetida durante 10 años, mantuvieron casi el mismo orden de puntuación en el tiempo. Dinamarca y Suecia conservaban las primeras posiciones (Ingelhart y Rabier, 1985), mientras Japón y Grecia conservaban las últimas. Ningún país en vías de desarrollo participó en la encuesta.

A nivel individual, los estudios longitudinales han demostrado que el bienestar global subjetivo (o el estado de ánimo normal) es bastante consistente a pesar de los eventos vitales positivos o negativos intermedios. Los eventos vitales tienen un efecto limitado en el tiempo sobre el bienestar subjetivo (Veenhofen, 1991). Las personas tienden a reajustar los niveles de base más rápido cuando suceden eventos vitales positivos más que negativos (Lazarus y Lannier, 1979).

En estudios donde se utilizan varias mediciones subjetivas se ha demostrado que se correlacionan con más fuerza entre ellas que con los índices objetivos reales de la calidad de vida (Mastekaasa et al., 1988). Los niños suponen un problema especial en la valoración del bienestar subjetivo, porque sus respuestas tienden a ser más inconsistentes con el paso del tiempo (Shalock, 1990).

La medición de la calidad de vida puede ser generada por el investigador o los sujetos de la investigación (Campbell et al., 1976). Campbell utilizó este último método preguntando a la población por los aspectos de la vida que consideraban más importantes, utilizando unas 100 alternativas y mediante diferentes métodos estadísticos llegaron a los 12 aspectos utilizados posteriormente en las entrevistas. Flanagan (1982) preguntó a personas de diferentes grupos socioeconómicos y de edad sobre las incidencias en su vida que habían empeorado o mejorado la misma y llegaron a cinco dimensiones generales de la calidad de vida: bienestar físico y material; relaciones con otros; actividades sociales; desarrollo personal y ocio. Naess (1979) utilizó un enfoque de argumentación filosófica para diseñar un instrumento para medir la “calidad de vida interior”. Este método representa uno basado en el valor que fue utilizado igualmente por Kajandi (1981) pero en combinación con condiciones vitales externas.

Parte 1. Lo que sabemos

Una decisión principal en la calidad de vida es la de optar por el enfoque individual o el enfoque de la población. La mayoría de la investigación sobre la calidad de vida se basa en los individuos, donde se valoran las necesidades, funciones y preferencias personales. Una de las limitaciones de los enfoques individuales es la dificultad de generalizar los hallazgos a un grupo de población completo. El enfoque de la población define las características generales de un grupo de personas, y valora las condiciones de calidad de vida que son importantes para esta población. Por tanto, se forma un estándar o norma para dicha población. Todo indicador de la calidad de vida se estandariza en base a lo que es bueno o malo para la población (Shalock, 1990). En este proceso debe establecerse un valor base para cada variable.

En los estudios de prosperidad dichos valores iniciales o “valores suelo” se han utilizado principalmente para registrar problemas, por ejemplo, el número de niños que viven en la pobreza (Allardt et al., 1980). El enfoque de la calidad de vida se centra en los recursos de las personas, así los valores base de la calidad de vida miden lo bien que lo están haciendo las personas. Es posible utilizar mecanismos para mejorar la vida como en el enfoque salutogénico, es decir, definiendo los recursos de resistencia general de una población (Antonovsky, 1979, 1987).

Así, si el objetivo es establecer un nivel de base aceptable para la población, resulta menos interesante describir los grupos que lo hacen extremadamente bien o extremadamente mal. Según Mastekaasa, el aumento de una variable determinada, como un crecimiento de los recursos económicos, no está siempre positivamente correlacionado con la calidad de vida (Mastekaasa et al., 1988; Naess et al., 1979). Hasta cierto nivel, el aumento puede tener una influencia positiva en la calidad de vida pero no es siempre constante. A veces un aumento continuado puede no tener, o tener un efecto negativo en la calidad de vida (Ventegodt, 1995).

Es posible ponderar variables dependiendo de su presunta importancia, sin embargo, las ponderaciones rara vez se han utilizado, ya que resulta difícil encontrar criterios de ponderación objetivos. Una forma de reducir esta dificultad es evitar variables que representen las preferencias de las personas y concentrarse en variables que ofrezcan oportunidades a las personas (Ringen, 1988).

Por último, las personas de diferentes sociedades viven en condiciones diversas y tienen requisitos diferentes. Por esta razón, los valores base varían dependiendo de la sociedad que se estudie. No obstante, el marco como tal puede aplicarse, y en aquellas sociedades con similitudes significativas, pueden usarse valores de base comunes para formar estándares de calidad de vida.

El concepto de resiliencia

El concepto de resiliencia proviene de la psicología y es una forma de explicar cómo las personas pueden gestionar la vida y vivir bien a pesar de las adversidades. Fue desarrollado por primera vez como un concepto científico para niños y jóvenes y más tarde se ha aplicado a los adultos. La base de la evidencia sobre el concepto de la resiliencia incluye más de 40 años de datos procedentes de un estudio longitudinal (Werner y Smith, 1982, 2001). Además, Rutter (1985) ha presentado un desarrollo histórico del concepto de resiliencia, que se ha definido de diversas formas. Al principio, se trataba de una cuestión de demostrar cómo los eventos negativos producían retrasos en el desarrollo y problemas psiquiátricos, tal y como se demostró en los movimientos de salud mental de principios del siglo XX. La resiliencia volvió a tenerse en cuenta tras la Segunda Guerra Mundial, gracias a los estudios de Bowlby (1979) de separación y efectos negativos que provocaban enfermedades psiquiátricas. Más tarde, la atención se dirigió a la conceptualización de los diferentes tipos de eventos vitales y sus efectos y cómo las pérdidas personales o las amenazas medioambientales desencadenan problemas psiquiátricos. Según Rutter, el potencial de riesgo de las diferentes experiencias vitales variaba su impacto sobre el desarrollo cognitivo y de comportamiento.

Más recientemente, se demostró que había muchos niños que, a pesar de las extremas condiciones de su entorno, lograban desarrollarse de forma normal. No se trataba sólo de una cuestión de calidad y cantidad de eventos vitales sino de factores relacionados con el individuo y el contexto. Esto llevó al concepto de niños invulnerables o el concepto de Giddens de “muñecos de acero”, es decir, niños que eran de constitución tan duros que podían soportar casi cualquier presión externa

Parte 1. Lo que sabemos

(Dencik, 1989). Sin embargo, más tarde se demostró que la resistencia es relativa dependiendo tanto del entorno como de la constitución. Además, la resistencia no es una cualidad estable sino que varía con el tiempo y las circunstancias. También se hizo evidente que había factores que podían frenar el impacto de los eventos de la vida, lo que de nuevo nos lleva a la búsqueda de factores de protección que modifican o alteran la respuesta de una persona a un peligro del entorno.

El estudio prospectivo más largo relacionado con la resiliencia es el realizado en Kauai en Hawai donde han sido estudiadas generaciones consecutivas durante cuatro décadas (Werner y Smith, 1982; Werner y Smith, 2001). Fonagy et al. (1994) afirman no obstante en un artículo sobre la teoría y la práctica de la resiliencia que la primera y más importante clave para la resiliencia en la infancia se basa en el diálogo reflexivo, que la persona se vea reafirmada, observada y respetada por lo que es por una persona de confianza o por otra persona relevante. La literatura sobre la resiliencia es de difícil revisión ya que tiene muchos puntos de entrada. En principio esta investigación busca factores que permitan a las personas desarrollarse normalmente a pesar de las condiciones de vida adversas. Primero, los factores relacionados con la persona (genética, edad, fase de desarrollo, género, constitución, experiencia e historia vital). Segundo, el contexto (apoyo social, clase social, cultura, entorno). Tercero, la cantidad y la calidad de eventos vitales (deseabilidad, controlabilidad, magnitud, grupos, duración temporal y efectos a largo plazo).

En cuanto a la adolescencia, ha habido un interés en cómo están conectados los contextos sociales de los jóvenes, la familia, el contexto social y geográfico, el contexto cultural e histórico, los sistemas de aprendizaje, el lugar de trabajo o la actividad diaria. La evidencia demuestra que la conectividad de estos entornos tiene un impacto mayor en la resiliencia, el éxito vital y el bienestar (Resnick et al., 1997). Esto ha sido estudiado en diferentes grupos étnicos, sociales y culturales de más de 60 países. Las condiciones y habilidades para gestionar son diferentes en los diversos periodos y contextos culturales, lo que es importante en la aplicación de la teoría de la resiliencia. Se trata de una cuestión de desarrollar competencia y un nuevo repertorio para alcanzar las metas de cada uno en la vida, es importante comprender que la competencia aplicada ayer quizás no funcione

hoy porque las condiciones han cambiado. Esto subraya el hecho de que en la época posmoderna, caracterizada por los cambios y turbulencias rápidas, muchas de estas estructuras y funciones de instituciones sociales, como la familia o el colegio, han sido menoscabadas y ya no cuentan con dicha importancia. Además, los valores y las estructuras se han hecho menos coherentes a medida que los nuevos implicados, como los sistemas de mercado, los medios y las tecnologías de la nueva información entran en acción. Tenemos por tanto que mirar hacia modelos más flexibles del concepto de resiliencia. Este es el motivo por el que el modelo salutogénico tiene tanta fuerza, porque no se centra en el desarrollo, ni en estructuras específicas o factores de protección.

Tanto Rutter (1980) como Antonovsky (1979, 1987) enfatizaron en la relatividad de los conceptos, pues los factores de protección en un contexto pueden ser factores de riesgo y viceversa. Uno puede verse fácilmente seducido por la idea de un niño o persona resiliente, pero en una perspectiva humanística lo más importante es considerar el tema de la ética, la equidad, los asentamientos humanos y la ecología sostenibles, más que admirar la supervivencia del más fuerte y las personas más competitivas. Sería mucho más importante desarrollar sociedades y condiciones de vida donde la resiliencia individual no fuera fundamental, y que nos centráramos en la creación de entornos donde todos tengan la ocasión de vivir bien. Sin embargo, el conocimiento obtenido con la investigación en la resiliencia sí puede usarse con este fin.

El marco salutogénico

Hace más de 20 años Aaron Antonovsky introdujo su teoría salutogénica, *sense of coherence* o el sentido de la coherencia, como una orientación universal para ver el mundo y el entorno individual como algo comprensible, manejable y con sentido, afirmando que la forma en la que una persona ve la vida tiene una influencia positiva en su salud (Antonovsky, 1979, 1987). La teoría del sentido de la coherencia (SOC, *sense of coherence*) explica por qué la gente es capaz de conservar la calma en situaciones de estrés e incluso son capaces de mejorar su salud. La

Parte 1. Lo que sabemos

teoría del SOC, que integra un concepto de elemento de estrés-recurso, podría resultar útil para ayudar a las personas a gestionar todo tipo de elementos de estrés diarios y los principales eventos de la vida y aún así seguir con salud. Resulta fundamental para la teoría salutogénica que la salud se considere como parte del continuo “salud/enfermedad”. La salud se considera aquí como un movimiento o un proceso en el que las personas están siempre sanas en algunos aspectos, independientemente de las enfermedades y aflicciones existentes. Se ha producido un cambio de paradigma, del interés patogénico por los factores de riesgo de las enfermedades al interés salutogénico por la fuerza y los determinantes de la salud (Antonovsky, 1979, 1987).

Anteriormente, el estrés se veía como un evento negativo que aumentaba el riesgo de que las personas perdieran el control, pero con el tiempo esta interpretación se hizo más relativa, cuando la naturaleza del causante del estrés, las capacidades de las personas involucradas y el medio empezaron a jugar papeles relevantes. La investigación tanto de la salud como del estrés consideraba inicialmente los factores de estrés (o elementos de estrés) como eventos negativos problemáticos en las vidas de las personas. A diferencia de este enfoque, Antonovsky afirmaba que las enfermedades y el estrés ocurrían todo el tiempo y que resulta sorprendente que un organismo pueda sobrevivir durante tanto tiempo. Su conclusión era que el caos y el estrés son parte de la vida y de las condiciones naturales (Antonovsky, 1991). Lo interesante aquí es cómo podemos sobrevivir a pesar de esto y cómo podemos gestionar la falta de control sobre nuestras vidas. En su mundo, la salud se convierte en un concepto relativo sobre un continuo y la cuestión de investigación realmente importante es qué provoca la salud (salutogénesis), y no cuáles son las razones de la enfermedad (patogénesis).

Conceptualmente, parece que Antonovsky busca el apoyo de otros muchos marcos teóricos para sintetizar los conceptos clave de la salutogénesis. Los conceptos nuevos fundamentales son los recursos de resistencia generalizada (GRR) y el SOC. Los GRR son factores biológicos, materiales y psicosociales que facilitan a las personas percibir sus vidas como algo consistente, estructurado y comprensible. Los GRR típicos son: conocimiento, experiencia, apoyo social, cultura, inteligencia, tradiciones, ideologías, etc. Si una persona tiene este tipo de recursos a su

disposición o en su entorno más inmediato, tendrá más posibilidades de afrontar los retos de la vida. Los GRR ayudan a la persona a construir experiencias vitales coherentes y lo que es más importante que los recursos mismos es la capacidad de usarlos, el SOC, el segundo concepto clave salutogénico y generalmente más conocido. Los GRR llevan a experiencias vitales que promueven un fuerte sentido de coherencia, una forma de percibir la vida y una capacidad para gestionar con éxito el infinito número de complejos elementos de estrés a los que nos enfrentamos en el transcurso de nuestra vida. El SOC es la capacidad para percibir que alguien puede gestionar cualquier situación independientemente de lo que esté sucediendo en su vida. El SOC es un recurso que permite a las personas gestionar la tensión, reflejar sus recursos externos e internos, identificarlos y movilizarlos, estimular la confrontación efectiva mediante la búsqueda de soluciones, y resolver la tensión de una forma en que se promueva la salud. El SOC es flexible y no se construye en torno a un conjunto fijo de estrategias maestras (como las clásicas estrategias de confrontación) (Antonovsky, 1993a).

En el texto original, el SOC se define como una orientación global que expresa la medida en la que alguien tiene el sentimiento dinámico y penetrante de confianza en que 1) los estímulos que se derivan de los entornos internos y externos en el transcurrir de la vida, se estructuran de forma predecible y explicable; 2) los recursos disponibles están a la mano para cumplir con las demandas que requieren los estímulos; y 3) esas demandas son retos, dignos de inversión y compromiso (Antonovsky, 1987).

Las personas tienen que entender sus vidas y tienen que ser entendidas por los demás, percibir que son capaces de manejar la situación y lo que es más importante, percibir que es suficientemente significativo como para encontrar motivación para continuar. El concepto salutogénico es una forma muy personal de pensar, ser y actuar, un sentimiento de confianza interior de que las cosas irán bien independientemente de lo que suceda. La confianza interior desarrollada mediante la interiorización del concepto del SOC nos lleva a identificar, beneficiarnos, usar y reutilizar los recursos generales de resiliencia de nuestro entorno. Tres tipos de experiencias vitales dan forma al SOC: la consistencia (inteligibilidad), el equilibrio de la carga (manejabilidad) y la participación en el perfilado de los resultados (significado).

Parte 1. Lo que sabemos

El SOC es aplicable a nivel individual, de grupo y de sociedad, y va fluctuando de forma dinámica en la vida. Antonovsky afirmó que el SOC se forma principalmente en las tres primeras décadas de la vida (Antonovsky, 1987). A partir de ahí, este autor considera que solo los cambios muy importantes de la vida pueden perjudicar y modificar el SOC. Hablando en términos generales, las personas que se acercan a su cuarta década de vida ya han tenido suficiente experiencia para convertirse en personas independientes, con un trabajo y con una educación, que tienen experiencia suficiente en cuanto a estructuras y relaciones sociales y se han formado una visión de la vida. Antonovsky además afirmó con audacia que el SOC era universalmente aplicable a todos los contextos culturales y étnicos. En el momento de su muerte no había disponible mucha evidencia empírica ya fuera para apoyar o para refutar sus teorías. Un año antes de su muerte publicó un artículo que resumía la evidencia hasta 1992 (Antonovsky, 1993a). Hasta el momento nadie ha intentado recopilar de forma sistemática todo este conocimiento.

Evidencia contemporánea del SOC, especialmente en relación con la cultura y/o el bienestar mental, la calidad de vida y la salud

Hasta el momento, el cuestionario de SOC se ha utilizado en 33 idiomas, en 32 países, con más de 200.000 personas, en estudios que van desde grandes muestras de la población general de unas 20.000 personas hasta muestras pequeñas de 10-20 personas (Eriksson y Lindström, 2005). La mayoría de los estudios son transversales, aunque también existen algunos estudios longitudinales y estudios de intervención. El SOC está relacionado sólida y negativamente con la ansiedad, el agotamiento, la desmoralización, la depresión y la desesperanza, y positivamente con la resistencia, la maestría, el optimismo, la autoestima, una salud percibida como buena, la calidad de vida y el bienestar (Eriksson y Lindström, 2005, 2006). Parece ser estable en el tiempo, al menos para personas con un SOC inicial elevado, aunque incluya fluctuaciones de aproximadamente el 10%. Además, tiende a aumentar con la edad durante todo el transcurso de la vida y se encuentran diferencias de género, los hombres normalmente obtienen mayores puntuaciones sobre el SOC que las mujeres.

El SOC parece tener un papel fundamental, de moderación y mediación en la explicación de la salud (Eriksson y Lindström, 2006). Éste puede incluso ayudar a predecir la salud. Los resultados son más consistentes en relación con factores que miden la salud mental, observándose que existe una fuerte asociación negativa entre el SOC y la ansiedad, la rabia, la hostilidad y la depresión, y una asociación positiva con el optimismo, la esperanza, las competencias aprendidas y el pensamiento constructivo. Por lo tanto una posible conclusión sería que el SOC es análogo a la salud mental.

La relación positiva entre el SOC y la salud parece estar relativamente clara en los individuos que obtienen una elevada puntuación en SOC. Un SOC elevado protege la salud, pero no tenemos indicios claros de dónde está el límite y cuándo pierde el SOC este efecto protector. Existen muchas escalas que miden la calidad de vida y el bienestar entre los diferentes grupos de enfermos crónicos o graves, las personas con discapacidades, sus familias y los ancianos. La mayoría de éstos registran una asociación entre el SOC y la calidad de vida, satisfacción con la vida y el bienestar. Cuanto más elevado es el SOC más satisfechas están las personas con sus vidas y, consecuentemente, registran un nivel más elevado de la calidad de vida y del bienestar general. Independientemente del instrumento utilizado para medir la calidad de vida, la satisfacción con la vida y el bienestar, los resultados apoyan la teoría salutogénica como un recurso para la promoción de la salud. Sin embargo, la dirección de la relación y la causalidad sigue sin estar clara, y por tanto es necesario seguir investigando.

¿Quiénes están en riesgo de desarrollar un mal estado de salud? Como sociólogo, Antonovsky conocía muy bien el impacto de las condiciones sociales sobre la salud de las personas. Las clases y las condiciones sociales tienen un efecto diferente en la salud individual (Lundberg, 1997). ¿Puede que el concepto de SOC sólo se materialice en personas con un elevado nivel educativo, una buena economía, un buen respaldo social, e integración social, una élite? No estamos de acuerdo en que el SOC esté reservado a determinados sectores de la sociedad, ni tampoco Antonovsky. De hecho, en una conferencia de la Escuela Nórdica de Salud Pública en Gotemburgo en 1993, señaló explícitamente la responsabilidad de la sociedad para crear condiciones que fomenten los puntos fuertes de la confrontación, es

Parte 1. Lo que sabemos

decir, el SOC. No es una cuestión sobre la libre elección de la persona de afrontar bien la situación, la clave reside en una sociedad y en personas que se preocupan por los demás (Antonovsky, 1993b).

Quizás el concepto de empoderamiento, que es un proceso de apoyo que permite a los grupos y los individuos cambiar una situación, considerando las habilidades, recursos, oportunidades y autoridad, pueda verse como una herramienta para mejorar el SOC individual (Koelen y Lindström, 2005). Desafortunadamente la asociación entre el empoderamiento y el SOC no está totalmente clara. Sin embargo, un ejemplo es la prueba del modelo con ordenadores domésticos para niños con discapacidades de aprendizaje; se demostró que dicho modelo empodera tanto a los padres como a los niños, y refuerza su SOC (Margalit et al., 1995).

Uno de los principales elementos del concepto de empoderamiento es la participación de individuos o grupos. Así se mejora la comprensión de las personas de lo que sucede a su alrededor y se da forma a un sentimiento de control de la situación. En las actividades de promoción de la salud y en la práctica clínica, el empoderamiento de las personas puede lograrse a través de la práctica de la comunicación clínica basada en el enfoque salutogénico o en un debate orientado a los recursos, tal y como describen Malterud y Hollnagel (1998, 1999). Esto nos lleva de vuelta al debate sobre el aprendizaje descrito anteriormente. Uno de los GRR que genera el SOC es la riqueza, es decir, economía, tanto a nivel individual como a nivel de comunidad. El SOC está claramente relacionado con factores socioeconómicos (Lundberg, 1997). Cuanto más alto es el nivel de ingresos, más fuerte es el SOC.

Antonovsky nunca afirmó que el SOC fuera la única propiedad para explicar el movimiento hacia la salud. Existen otros conceptos relacionados que contribuyen al entendimiento del proceso de salud como la resistencia (Kobasa), el sentimiento de permanencia (Boyce), el clima social (Moos), la resiliencia (Werner) y la construcción de la realidad de la familia (Reiss), todos mencionados por Antonovsky (Antonovsky 1987). Todos los conceptos adicionales que él no analizó y que recuerdan a la conexión del SOC con la salud son competencias aprendidas (Rosenbaum, 1990), flujo (Csíkszentmihályi y Csíkszentmihályi, 1998),

teorías sobre la prosperidad y el bienestar (Allardt et al. 1980), calidad de vida (Naess, 1987; Lindström, 1994) y las teorías que consideran a las personas en su contexto social y cultural (Bourdieu, 1993; Klein, 1990; Swedner, 1983; Bronfenbrenner, 1979).

Los últimos 25 años de investigación han supuesto un fuerte apoyo empírico para la teoría del SOC. El análisis de varianza demuestra que el SOC está fuertemente relacionado con la salud, especialmente con la mental. El resto de la varianza se explica o se demuestra con otros factores como la edad, el apoyo social y la educación. La interpretación podría ser que el SOC no es lo mismo que la salud pero sigue siendo una disposición importante para el desarrollo y la conservación de la salud de las personas (Eriksson y Lindström 2006). La orientación salutogénica no ofrece la clave para llevar una buena vida en el sentido moral del término; nos ayuda a entender la salud y la enfermedad (Antonovsky, 1995). Además, el potencial del concepto salutogénico reside más en sus implicaciones para crear sociedades que adopten una política de salud pública, donde el contexto y la estructura de todos los servicios son salutogénicos, que en una política sanitaria solo para los servicios sanitarios. Es importante reforzar los recursos disponibles y crear nuevas formas de generar recursos de resistencia para hacer posible que los ciudadanos los identifiquen y se beneficien de ellos. Quizás sea también hora de considerar un cambio en la declaración original de la OMS sobre la sanidad y apoyar la perspectiva salutogénica en una revisión de la definición. Los autores de este texto contribuirían voluntariamente a este debate.

La salud pública ha operado en gran medida en el marco de la reducción de riesgos, se han identificado los factores causales de la enfermedad y, junto con las ciencias médicas, se han ideado intervenciones lógicas para eliminarlas. La historia de este enfoque es larga, tanto como la historia de la salud pública, útil en las relaciones causales simples pero que tiene cada vez más dificultades para abordar problemas más complejos, siendo incapaz a veces incluso de solventarlos (por ejemplo, la epidemia del VIH/sida). Sin embargo, si identificáramos las intervenciones de la salud pública dirigidas a los mecanismos posmodernos, quizás encontraríamos que hay otras soluciones disponibles. Aparte de las nuevas teorías sobre la gestión de la salud y la vida, han surgido dos aspectos.

Parte 1. Lo que sabemos

Primero, el enfoque salutogénico que afirma que la salud es un tema ilimitado y dependiente de las habilidades para organizar los recursos disponibles en la sociedad, el contexto social y el yo. Esta capacidad ha sido denominada el sentido de la coherencia (Allardt et al. 1980).

Segundo, el tema de la resiliencia que afirma que existen ciertos patrones de interacción entre la persona y su contexto social que desarrollan resistencia al estrés y la consiguiente relación enfermedad-salud que podría surgir (Campbell et al., 1976).

Tanto para la resiliencia y el sentido de la coherencia, se afirma que se desarrollan principalmente en la infancia. La teoría de la resiliencia abarca el tema posmoderno de los sistemas abstractos que alienan a la persona de la confianza en sí mismo y del contexto local. La esencia de la literatura de la resiliencia se centra en el desarrollo del diálogo reflexivo entre el niño y el contexto social. La salutogénesis abarca de nuevo mecanismos que permiten a las personas y a las poblaciones desarrollar su salud y gestionar la fragmentación y el caos de la realidad a través de sus sentidos de percepción cognitiva y emocional, habilidades de comportamiento y la motivación a través de marcos significativos basados en la cultura, la tradición y los sistemas de creencias. La combinación de ambos podría quizás guiar la salud pública y los niños y niñas de la sociedad posmoderna hacia una síntesis positiva. El efecto es que la salud pública puede lograr avances en el área en la que ha sido menos exitosa gestionando el bienestar social y mental en una perspectiva a largo plazo, centrando la atención en los prerrequisitos de la calidad de vida (Andrews y Whitney, 1976).

La base del conocimiento contemporáneo de las ciencias de la salud afirma que lo que percibimos como bueno para nosotros mismos (el sentido del bienestar subjetivo) también predice nuestros resultados positivos en los parámetros de salud objetivos. En otras palabras, si creamos procesos donde las personas perciben que son capaces de vivir la vida que quieren vivir, no sólo se sentirán mejor sino que también vivirán vidas mejores. Desde una perspectiva de la salud pública, existe por supuesto no sólo la búsqueda de una buena calidad vida para la persona, sino de una buena vida para las poblaciones, que incluya a las generaciones futuras.

Bibliografía

- Allardt, E. (1980). Att, Ha., Att, Ålska., Att, Vara: Om välfärd i Norden. Borgholm: Argos.
- Andrews, F. M. y Whitney, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: The development of and measurement of perceptual indicators*. Nueva York: Plenum.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). The salutogenic approach to family system health: promise and danger. En: *European congress on "Mental Health in European Families"*; pag. 9. <http://www.angelfire.com/ok/soc/agoem.html>, consultado en mayo de 2009.
- Antonovsky, A. (1993a). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6):725–733.
- Antonovsky, A. (1993b). Some salutogenic words of wisdom to the conferees. En: *The Nordic School of Public Health in Gothenburg, Sweden*; p.3. <http://www.angelfire.com/ok/soc/agoteborg.html>, consultado en mayo de 2009.
- Antonovsky, A. (1995). The moral and the healthy: Identical, overlapping or orthogonal? *Israel Journal of Psychiatry and Relative Science*, 32(1):5–13.
- Atkinson, T. (1982). The stability and validity of quality of life measures. *Social Indicators Research*, 10:113–132.
- Bauman, Z. (1989). *Modernity and the holocaust*. Cambridge: Polity.
- Bourdieu, P. (1993) *The field of cultural production. Essays on art and literature*. Cambridge: Polity.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Londres: Tavistock.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development – experiments by nature and human design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. Nueva York: Russell Sage.
- Crowne, D. P. y Marlowe, D. (1964). *The approval motive. Studies in evaluative dependence*. Nueva York: Wiley.
- Csikszentmihályi, M. y Csikszentmihályi, I. S. (1998). *Optimal experience. Psychological studies of flow in consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- de Leeuw, E. (2003). Nurturing healthy cities: research responsibility and accountability. En: Takano, T., editor. *Healthy cities & urban policy research*. Londres: Spon.
- de Maio, T. J. (1984). Social desirability and survey measurement: A review. En: Turner, C. F., Martin, E., editores. *Surveying subjective phenomena*. Nueva York: Russell Sage, p. 257–282.
- Dencik, L. (1989). Growing up in postmodern age: On the child's situation in the modern family and on the position of the family in the modern welfare state. *Acta Sociologica*, 32(2):155–180.
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale – a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6):460–466.
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health – a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:376–381.

Parte 1. Lo que sabemos

- Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63:56–69.
- Fonagy, P., Steele, M., Higgitt, A., et al. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2):231–257.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. Harmondsworth: Penguin.
- Gardner, H. (1991). *To open minds*. Nueva York: The Perseus Books Group.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity.
- Inglehart, R. y Rabier, J. -C. (1985). If you are unhappy this must be Belgium: Well-being around the world. *Public Opinion*, 8(2):10–15.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Johansson, S. (1970). *Om levnadsnivåundersökningen*. Estocolmo: Allmänna Förlaget.
- Kajandi, M. (1981). Allmän översikt över forskningsområdet. Livskvalitet — en litteraturstudie av livskvalitet som beteendevetenskapligt begrepp samt ett förslag till definition. Uppsala: Forskningskliniken.
- Klein, J. (1990). *Interdisciplinarity: History, theory and practice*. Detroit: Wayne State University Press.
- Koelen, M. y Lindström, B. (2005). Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(Supl 1):S10–S16.
- Lazarus, R. y Lannier R. (1979). Stress-related transactions between persons and environment. En: Pervin, L., Lewis, M., editores. *Perspectives in international psychology*. Nueva York: Plenum, p. 142–156.
- Lindström, B. (1994). The essence of existence. On the quality of life of children in the Nordic countries — theory and practice in public health. (Tesis doctoral) Göteborg: Nordic School of Public Health.
- Lindström, B. y Nafstad, A. (2003). On the origin of salutogenesis. En: *The 4th Nordic health promotion research conference*, del 10–13 de junio. Västerås, Suecia; 2003.
- Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science and Medicine*, 44 (6):821–831.
- Mahler, H. (1987). The role of schools of public health in the development of public health. En: Köhler, L., editor. *Public Health – a Nordic Perspective*. En Sueco. Gothenburg: Nordic School of Public Health.
- Malterud, K. y Hollnagel, H. (1998). Talking with women about personal health resources in general practice. Key questions about salutogenesis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (16):66–71.
- Malterud, K. y Hollnagel, H. (1999). Encouraging the strengths of women patients. A case study from general practice on empowering dialogues. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27:254–259.
- Margalit, M., Rochberg, Y. y Al-Yagon, M. (1995). Home-computing model and children with learning disabilities: A systemic approach. *Learning Disability Quarterly*, (18):68–75.
- Mastekaasa, A., Moum, T., Naess, S. (1988). Livskvalitetsforskning. Oslo: ISF Rapport 88:6.
- Naess, S. (1974). Psykologiske aspekter ved livskvalitet: om begrepet “indre livskvalitet” som mål for sosialpolitikken og om et forsøk på å operasjonalisere begrepet. Oslo: Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning.
- Naess, S. (1979). Livskvalitet: om å ha det godt i byen og på landet. Oslo: Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning.
- Naess, S. (1987). Quality of life research: Concepts, methods and applications. Oslo: Institute of Applied Social Research.

- Nilsson, L. (2003). The encounter between health promotion and schools in theory and in practice. En sueco (tesis doctoral). Örebro: Örebro University.
- Nutbeam, D. (1993). Advocacy and mediation in creating supportive environments for health. *Health Promotion International*, 8:165–166.
- OCDE. (2009). *Society at a Glance 2009 — Organisation for Economic Cooperation and Development Social Indicators*. www.oecd.org/els/social/indicators/SAG, consultado en mayo de 2009.
- Raphael, D. (2002). Evaluation of quality of life initiatives in health promotion. En: *Evaluation in health promotion*. Ginebra: OMS.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15:121–148.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, W., et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278(10):823–832.
- Ringen, S. (1988). *Approaches to the measurement of welfare*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Rootman, I., Raphael, D., Shewchuk, D., et al. (1992). *Development of an approach and instrument package to measure quality of life of persons with developmental disabilities*. Toronto: University of Toronto, Centre for Health Promotion.
- Rosenbaum, M. (1990). *Learned resourcefulness. On coping skills, self-control, and adaptive behaviour*. Nueva York: Springer.
- Rutter, M. (1980). *Changing youth in a changing society. Patterns of adolescent development and disorder*. Londres: Harvard University Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147:598–611.
- Shalock, R. L. (1990). *Quality of life*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, Special Publications.
- Swedner, H. (1983). *Social work – a framework for thought*. En sueco. Estocolmo: Liber. 18.
- Swedner, H. (1983). *Socialt arbete – en tankeram*. Estocolmo: Liber.
- Turnbull, C. M. (1961). *The forest people*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Turnbull, C. M. (1972). *The mountain people*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Veenhofen, R. (1991). Questions on happiness. En: Strack, F., Argyle, M., Schwarz, N., editores. *Subjective well-being*. Oxford: Pergamon.
- Ventegodt, S. (1995). *Livskvalitet i Danmark. Resultater fra en befolkningsundersøgelse*. Köpenhamn: Forskningscentrets Forlag.
- Werner, E. y Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. Nueva York: McGraw Hill.
- Werner, E. y Smith, R. (2001). *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience, and recovery*. Ithaca: Cornell University Press.
- Whitehead, M. y Diderichsen, F. (2001). Social capital and health: Tip-toeing through the minefield of evidence. *Lancet*, 358:165–166.
- OMS. (1986). The Ottawa charter. Ginebra: World Health Organization.
- OMS. (1946). Preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 estados (registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud, n° 2, pág. 100) que entró en vigor el 7 de abril de 1948.



5

Mapa de activos en las comunidades

JOHN MCKNIGHT

Quienes toman decisiones políticas han tendido a crear sistemas jerárquicos donde un pequeño número de personas se encuentran al cargo de la producción en masa de bienes estandarizados. Los clientes/consumidores, en grandes cantidades, se hacen dependientes en este ciclo de producción. Dichos sistemas crean dependencia más que empoderamiento. El autor afirma que en la creación de los mapas para reflejar la forma en la que funcionan estos sistemas, hemos tendido a desatender el concepto de “comunidad asociativa”, donde la dependencia reside en el consentimiento, las opciones, el cuidado y el poder del ciudadano. Se considera que los sistemas explotan las necesidades de las personas, mientras que las comunidades, por el contrario, alimentan las habilidades y capacidades existentes. Los sistemas identifican el enfoque del “vaso medio vacío”, mientras las comunidades lo hacen con el “vaso medio lleno”. La cultura del servicio produce “clientes”, mientras que la comunidad produce “ciudadanos”.

Este texto explora la naturaleza de la relación entre los sistemas, las comunidades y los ciudadanos, y mira hacia el cambio en la sociedad desarrollada de la relación igualitaria entre los ciudadanos y las comunidades a una relación donde los sistemas son dominantes. El autor afirma que el movimiento cada vez mayor hacia una “sociedad consumista” ha marginado el papel del ciudadano. Para promover y crear comunidades saludables, debemos reconocer y apreciar las

Parte 1. Lo que sabemos

capacidades únicas que las comunidades ofrecen en el desarrollo, educación y cuidado de los ciudadanos.

Un mapa del siglo XXI para las comunidades saludables y las familias

Las políticas y programas reflejan nuestra respuesta al mapa que creamos del mundo que nos rodea. Nuestro mapa, como todos, es simplemente el modelo del territorio que refleja; que a veces es preciso y en ocasiones impreciso. Todos conocemos a los cartógrafos europeos que describían la tierra como algo plano, sin hemisferio occidental. Su impreciso mapa daba forma a las políticas, planos y acciones de los marineros, reyes, naciones y comunidades. Como zarpamos hacia la segunda década del siglo XXI, resulta apropiado reexaminar el mapa que se utiliza en la mayoría de procesos legislativos actuales, para comprobar si mostrará el camino hacia comunidades seguras, sensatas y sanas.

Si se escuchan atentamente las propuestas de los legisladores sociales actuales, podemos construir un mapa del territorio donde creen que operan. Este territorio tiene dos áreas principales. La primera es un espacio revestido de sistemas. Los legisladores consideran los sistemas o instituciones como la herramienta principal de trabajo de la sociedad. Por esta razón, sus políticas y programas versan sobre el “diseño de sistemas”, la “planificación de sistemas”, los “sistemas de entrega” y las “reformas del sistema”. El segundo espacio está relleno por los individuos que son el objeto del sistema, los clientes y consumidores. Gráficamente, la figura 5.1 ilustra el mapa imperante de los legisladores sociales.

Para entender mejor la dinámica de la zona denominada sistema, es importante describir su naturaleza y su relación con los beneficiarios cliente-consumidor. La naturaleza de un sistema se explica con un mapa más detallado de su estructura. La mayoría de los legisladores ven los sistemas como herramientas que organizan a las personas en las relaciones, como define la representación gráfica de la figura 5.2.

Fig. 5.1. Personas y sistemas

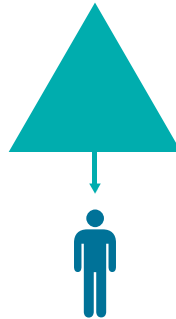
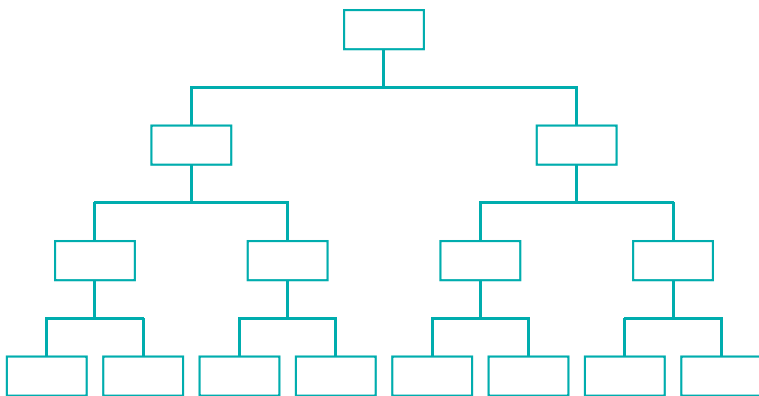


Fig. 5.2. La naturaleza de los sistemas



Mientras que existen formas ilimitadas de organizar a las personas para realizar tareas diversas, esta estructura particular tiene diferentes características y objetivos especiales.

Primero, se trata fundamentalmente de una estructura diseñada para permitir a unas pocas personas controlar a muchas otras y su orden jerárquico es una forma de crear control. Existen, por tanto, muchas ventajas para este sistema de control. Por ejemplo, permite a los pocos que diseñan un coche garantizar que las

Parte 1. Lo que sabemos

miles de personas que lo produzcan, fabriquen uniformemente el mismo vehículo. Igualmente, esta estructura es esencial en el funcionamiento efectivo de un avión moderno donde queremos que una persona, el piloto, tome el control con un orden de autoridad descendiente claramente definido.

La segunda característica de un sistema es que su utilidad principal es su habilidad para producir una gran cantidad de un mismo objeto, ya sean bienes o servicios. El sello del sistema jerárquico es la producción en masa: montones de lo mismo.

La tercera característica de un sistema surge de las dos primeras. Si queremos crear estructuras de control para producir grandes cantidades de lo mismo, la proliferación del producto necesita más usuarios o consumidores que adquieran más bienes o servicios. La etiqueta actual para los usuarios de sistema es cliente o consumidor. Cabe notar que la palabra “cliente” es especialmente apropiada para alguien que es objeto de un sistema porque la raíz griega de la palabra cliente significa “aquél al que se controla”. Por esta razón, la eficiencia y el crecimiento de un sistema necesariamente crea más consumo o clientela y una sociedad de consumo emerge a medida que el sistema crece.

En resumen, el mapa político predominante versa sobre las necesidades de control organizativo que producirá bienes y servicios uniformes, y aumentará las actividades individuales del cliente y del consumidor. Existen al menos dos límites obvios de esta herramienta del sistema, la primera es su clara falta de capacidad para obtener resultados individualizados más que productos en masa de forma estandarizada, por tanto, los legisladores que intentan usar esta herramienta para generar resultados, programas o servicios únicos o individualizados no comprenden la naturaleza o función de su propia estructura. Es por esto que muchos sistemas no logran satisfacer las necesidades individuales y sus trabajadores “se queman” por frustración.

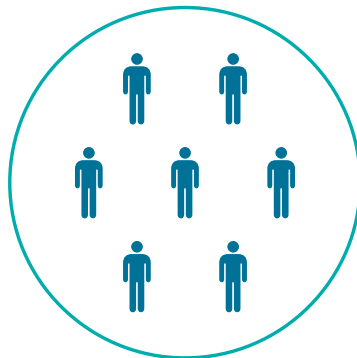
Un segundo límite es el hecho de que el poder del sistema se mida por el número de sus clientes y su nivel de consumo. Esto necesariamente crea una creciente relación de dependencia de los sistemas por parte del cliente. Éste es el motivo por el que los legisladores que intentan utilizar los sistemas para dar poder a las personas normalmente fallan. Malinterpretan, de nuevo, la naturaleza y la función de sus propias estructuras.

Ahora que ya hemos explorado la naturaleza del mapa legislador actual que implica a los sistemas y a los clientes/consumidores, podemos examinar la relación del territorio que pretende describir. Aunque pueda no parecer impreciso, resulta claramente incompleto porque un espacio denominado “la comunidad” no parece estar presente. Recuerda, en este sentido, a los primeros mapas que no tenían hemisferio occidental.

Si tuviéramos que incluir la comunidad, ¿dónde estaría localizada y cuáles serían sus funciones? Para ello, tenemos aquí a un explorador histórico que nos ayudará a responder a la pregunta. Era un conde francés que escribió la clásica descripción de las comunidades americanas locales tras su viaje por Estados Unidos en 1831. Se trataba, por supuesto, de Alexis de Tocqueville, y describe en su obra *De la democracia en América* (de Tocqueville 1835) el mapa de nuestras comunidades.

Describía una forma única de estructuras y relaciones locales. En Europa, subrayó, las decisiones las tomaban los funcionarios electos, burócratas, la nobleza, los profesores, doctores, abogados, ingenieros, etc. En los Estados Unidos, sin embargo, descubrió que las decisiones las tomaban las personas más normales, cualquier Tom, Dick o Mary. No fue su toma de decisiones individuales lo que él consideró único, sino la forma en la que se reunían en pequeños grupos autoelegidos para solucionar los problemas, crear nuevos enfoques hacia la producción y celebrar la sociedad local. Fue él el que denominó a estos grupos “asociaciones”. Esta idea se representa gráficamente en la figura 5.3.

Fig. 5.3. Asociaciones de ciudadanos



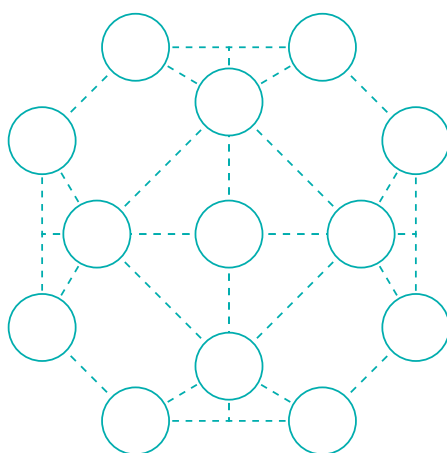
Parte 1. Lo que sabemos

Las asociaciones eran, a pequeña escala, grupos donde los miembros hacían el trabajo cara a cara. Los miembros no eran individuos, clientes o consumidores, eran ciudadanos. En conjunto eran poderosas herramientas de producción social y económica. De Tocqueville subrayó que implicaban a los ciudadanos en tres procesos:

- decidir lo que era un problema;
- decidir cómo solucionar el problema;
- organizarse ellos y a los demás para implementar la solución.

Como ciudadanos involucrados en estos procesos asociativos crearon el poder para construir sus comunidades locales. El espacio social ocupado por estas asociaciones era el que Tocqueville incluyó por primera vez en el mapa como el centro de nuestras comunidades. Hoy en día, a este espacio se le llama sociedad civil o el dominio de las estructuras de mediación. Sea cual sea el término, fue la estructura y la forma de relación las que crearon los asentamientos y ciudades del Nuevo Mundo. Gráficamente, la comunidad de asociaciones podría tener esta apariencia (figura 5.4).

Fig. 5.4. Comunidad de asociaciones



Se trata de una red informal de grupos de ciudadanos que crean y mantienen el centro de la sociedad. También se ha convertido en una herramienta, que como herramienta de sistemas, se diseña para realizar funciones vitales. Para entender la naturaleza de la herramienta de comunidad, podemos compararla con la herramienta de sistema que es un mecanismo de control. La comunidad de asociaciones depende del consentimiento porque no tiene dinero o recursos que usar para motivar a las personas. Más bien se trata de una forma en que las personas expresan sus capacidades, habilidades y talentos únicos para amplificar el concierto con sus vecinos.

La herramienta de sistema está diseñada para la producción en masa de bienes y servicios. La comunidad de asociaciones no está diseñada para crear servicios, se trata del contexto donde se manifiesta el cuidado. Un cuidado que, a diferencia del servicio, no puede crearse. El cuidado es el compromiso consentidor que uno tiene de cara al otro, dado de forma totalmente voluntaria. El cuidado no puede imponerse, gestionarse o crearse como puede hacerse con un servicio. De hecho, uno de los grandes errores de la mayoría de los mapas legisladores es la asunción de que los sistemas pueden “crear cuidado”.

El cuidado es el dominio de la comunidad asociativa. Cuando se valora o se hace necesario el cuidado para lograr un objetivo de la sociedad, la herramienta adecuada es la comunidad.

La herramienta del sistema demanda clientes y consumidores. La comunidad asociativa requiere ciudadanos. En este caso, la diferencia crítica es que “ciudadano” es la palabra que designa la persona más poderosa en una democracia. El contraste es la persona controlada, un cliente. Si buscamos el empoderamiento, la herramienta adecuada es la comunidad asociativa. Cuando nuestro objetivo es que los clientes tomen poder, nos encontramos forzosamente en una paradoja en la que nuestros mejores esfuerzos no serán mejores que la dependencia de un sistema más receptivo.

De esta forma, el mapa de la comunidad asociativa versa sobre la organización que depende del consentimiento para dar lugar a la opción, el cuidado y la ciudadanía. La comunidad es la herramienta necesaria, aunque no siempre suficiente, para estos fines. Comparativamente, los sistemas aportan control, producción en masa,

Parte 1. Lo que sabemos

consumo y clientela. Las comunidades asociativas dependen del consentimiento y dan lugar a la opción, el cuidado y el poder del ciudadano.

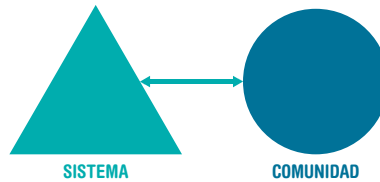
Existe otra diferencia entre estas dos herramientas que es esencial para la comprensión de las políticas sociales que afectan a las comunidades y las familias a las que abarcan. Los sistemas que producen servicios dependen de una materia prima básica. Esta materia prima es la deficiencia, incompetencia, desolación y enfermedad de las personas. Cuando estas personas cuentan con estos atributos se convierten en clientes y consumidores potenciales. El término general utilizado para estos atributos es “necesidad”. Para que la herramienta de sistema sea productiva, necesita necesidad, por tanto, los sistemas crean incentivos y economías que centran a las personas en sus papeles potenciales como clientes y consumidores.

Como contraste, las comunidades asociativas son estructuras que dependen de las capacidades, habilidades, recursos y dones de las personas. Por tanto, representan el sistema de incentivos crítico para manifestar la capacidad en vez de la necesidad. Este hecho se ve más claro cuando nos damos cuenta de que una persona local podría tener una insuficiencia cardíaca y habilidades de carpintería. Un sistema de necesidades le da valor a su problemático corazón, pero la asociación que construye un centro para la comunidad valora sus habilidades de carpintería.

En el ejemplo simbólico del vaso lleno hasta la mitad, el sistema necesita la mitad vacía, mientras la comunidad necesita la mitad llena. El sistema de servicio necesita un cliente. La comunidad necesita un ciudadano. Cuando reconocemos esta diferencia, se evidencia que las comunidades se construyen mediante estructuras que movilizan los dones y las capacidades de los ciudadanos locales. Las comunidades asociativas son la herramienta principal que identifica y moviliza los dones y capacidades de los ciudadanos.

Habiendo entendido la naturaleza y funciones distintivas de las dos herramientas, podemos ahora realizar el mapa de las posibles relaciones entre ellas. Siempre que los legisladores lleguen a reconocer que existe un territorio de la comunidad, el mapa que se dibuja normalmente se parece a la figura 5.5. Los sistemas están representados por un triángulo, mientras que las asociaciones están representadas por un círculo.

Fig. 5.5. Sistemas y asociaciones



Este mapa se describe comúnmente como una asociación. Sugiere que cada uno es propietario o participante igualitario de una actividad. Sin embargo, la historia reciente de las relaciones reales sistema-comunidad sugieren que el campo es bastante diferente. En la mayoría de casos se encuentran presentes al menos tres tipos de relaciones alternativas.

La primera alternativa es una relación en la forma que ilustra la figura 5.6.

Fig. 5.6. Alcance los sistemas

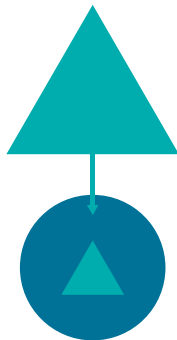
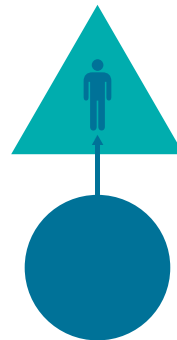


Fig. 5.7. Voluntariado



En esta relación, una filial de un sistema se localiza en la comunidad asociativa para garantizar el acceso a la necesidad local. Esta relación es la que se describe con más precisión como “alcance” del sistema que como asociación.

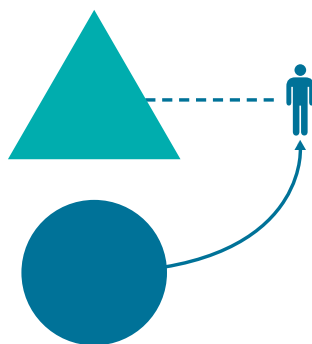
La segunda forma de relación aparece reflejada en la figura 5.7.

Parte 1. Lo que sabemos

En este caso la comunidad asociativa se utiliza como fuente de trabajadores no remunerados para los sistemas. El nombre específico para esta relación es “voluntariado” más que asociación.

La tercera relación habitual (mostrada en la figura 5.8), se da cuando un ciudadano es elegido por un sistema para reaccionar ante los planes del sistema. El ciudadano no tiene la autoridad o el voto pero actúa de asesor. El nombre correcto para esta relación es un “grupo asesor ciudadano” más que una asociación.

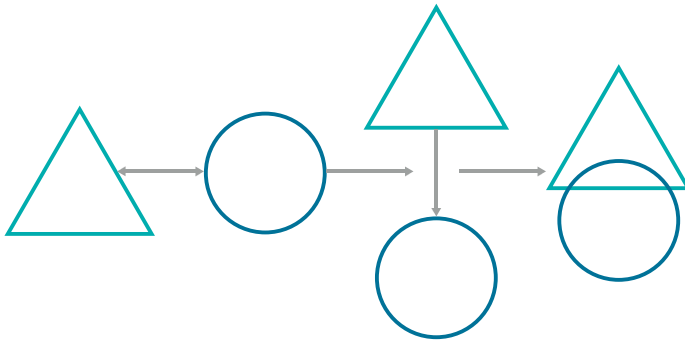
Fig. 5.8. Grupo consejero ciudadano



Una asociación genuina es una relación en igualdad de poder entre dos partes con intereses diferentes. Cada uno conserva su autoridad, capacidad distintiva e integridad, pero obtiene poder mediante la asociación. Resulta difícil encontrar muchos ejemplos de asociaciones verdaderas de esta naturaleza entre los sistemas y las asociaciones. En su lugar, la relación de poder real es con más frecuencia un sistema que utiliza la comunidad de asociaciones para alimentar sus propios fines.

La historia de las relaciones del siglo XXI entre los sistemas y las asociaciones es el ascenso del sistema y el declive de la comunidad de asociaciones. El mapa real de nuestra era ilustraría esta relación cronológicamente como se muestra en la figura 5.9.

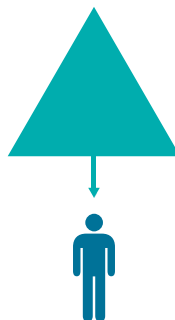
Fig. 5.9. Sociedad de consumo



El territorio real es uno en el que los sistemas se han trasladado de la igualdad a la dominancia y posteriormente por lo general han eclipsado o alejado a las asociaciones y sus funciones. Esto ha sucedido porque los sistemas han contado con incluso más autoridad, dominio profesional, tecnología y recursos económicos públicos y privados. Otro nombre para el resultado de esta dominancia es “sociedad de consumo”, que provoca un sistema de creencias sin precedentes y su propia cultura.

En el centro de este sistema de creencias yace la proposición que se personifica en el mapa legislador social con el que comenzamos (figura 5.10).

Fig. 5.10. Individuos y sistemas



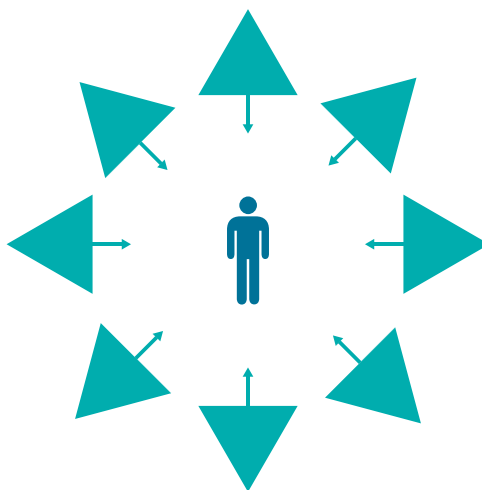
Parte 1. Lo que sabemos

Ese mapa indica que el sistema produce nuestro bienestar. Entendemos que nuestra salud se ubica y cuenta con el apoyo de sistemas sanitarios, que nuestra seguridad yace en un sistema penal, nuestra seguridad se encuentra en un sistema de pensiones, nuestro aprendizaje se encuentra en un sistema escolar, nuestra estabilidad mental se encuentra en un sistema de salud mental, nuestra justicia se encuentra en un abogado, nuestra estabilidad familiar se apoya en el sistema de servicio familiar, nuestro hogar se encuentra en manos del sistema inmobiliario, y nuestras comidas son el producto de McDonald's.

Cuando este sistema de creencias se convierte en la construcción social dominante de un grupo de personas, su mapa de una sociedad adecuada es el que se ilustra en la figura 5.11.

Una forma de describir con precisión este mapa es decir que se trata de un sistema completo, coordinado, envolvente, interprofesional y multiservicio.

Fig. 5.11. Sistema multiservicio

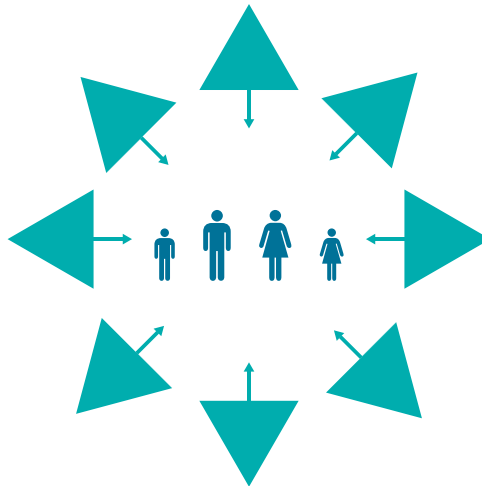


Según este sistema de creencias, el mapa más deseable para reforzar a las familias se ilustra en la figura 5.12.

Aquellos legisladores que creen en este mapa, afirman que su capacidad para producir cada vez más bienestar para las familias de clientes depende de dos cambios:

1. Más dinero para el sistema.
2. Mejor administración del sistema.

Fig. 5.12. Reforma de los sistemas



El resultado de estos cambios será la “reforma del sistema”, que se centrará de forma tan efectiva y exhaustiva que nuestros problemas sociales actuales se verán disminuidos en gran medida. Esta es la propuesta y el mapa sobre el que se basa que se nos pide que utilicemos para navegar el resto del siglo XXI.

A pesar de la magnificencia del mapa, presenta dos inexactitudes, la primera es una representación falsa de un territorio conocido y la segunda es un gran vacío, como el *Terra Incognita* en los mapas antiguos. Esta representación falsa es ahora claramen-

Parte 1. Lo que sabemos

te visible, en este siglo hemos ampliado en gran medida la proporción de nuestro producto interior bruto en servicios como la medicina, el trabajo social, la educación, la salud mental, los servicios juveniles, la terapia de familia, los servicios legales, los de ocio, etc. Aún así, la patología social sigue creciendo implacablemente. Necesitamos no volver a repetir la desorganización social que nuestros medios, profesionales y científicos sociales se encuentran documentando y lamentando.

La pregunta es si mayores medios económicos, recursos, profesionales, formación y tecnología lograrían detener finalmente la marea. Parece obvio que el público sospecha de esta propuesta. Gradualmente, los becarios de investigación y los experimentalistas fundacionales están prestando cada vez menos apoyo al mapa de una familia rodeado de servicios en expansión.

Por el contrario, están surgiendo ahora cuestiones básicas sobre si los sistemas son realmente más la causa de la desorganización social actual que la solución principal. La respuesta a esta pregunta puede depender de si podríamos dibujar un mapa más preciso que nos mostrara una forma diferente de proceder. Podemos comenzar eliminando las herramientas asociativas diseñadas por De Tocqueville (1835) y sumarlas al mapa de los legisladores con su gran vacío entre sistemas e individuos. Este nuevo mapa, que se muestra en la figura 5.13 tendría entonces una apariencia diferente.

Fig. 5.13. Parentesco, asociaciones y sistemas



Vemos a las familias en el centro, que se amplían mediante relaciones de parentesco. El otro círculo de asociaciones informales y formales les aporta el contexto para actuar mediante el consentimiento, el cuidado y el empoderamiento del ciudadano. Finalmente se les permite utilizar servicios del sistema cuando se vayan a ver beneficiados por los sistemas de control de la producción en masa.

El problema de este mapa es que resulta impreciso en muchas comunidades porque el campo del sistema es muy amplio, mientras que la comunidad asociativa ha sido “amontonada” en un espacio muy reducido. Como resultado, las funciones y capacidades de asociaciones se infrutilizan a menudo o se encuentran aletargadas. Cuando esto sucede, observamos el consecuente crecimiento paralelo de los sistemas y la desorganización social.

Capacidades de las comunidades asociativas

Esta paradoja aparente es fácil de desenredar si examinamos las capacidades especiales de las asociaciones. Primero, la comunidad asociativa sirve de red de cuidado y apoyo mutuo que permite a los ciudadanos negociar con efectividad en su vida diaria. El apoyo que estas redes aportan es aún más importante en tiempos de crisis y tensión.

Esto conduce a una segunda capacidad de comunidad y es el potencial para una respuesta rápida a los problemas locales. Una vez liberados de las barreras de reglamentos y protocolos burocráticos que tanto tiempo consumen, los ciudadanos locales son conocidos por sus habilidades para actuar en casos de emergencia.

Una tercera capacidad es la individualización que es inherente a las comunidades de asociación; esto sucede cuando la comunidad responde ante la crisis de un individuo de una forma particular o cuando cada miembro de una asociación contribuye con su habilidad única o talento a la organización. Así, la comunidad de asociación se centra en la alternativa o el talento de una persona individual y es capaz de elaborar una respuesta personalizada más allá de la capacidad del sistema.

Parte 1. Lo que sabemos

Una cuarta capacidad de las asociaciones es la habilidad de reconocer y utilizar las habilidades únicas de cada miembro, esto aporta un contexto para la creatividad que es esencial para la innovación a la hora de resolver problemas locales. De hecho, la innovación social más primigenia se ha generado al nivel asociativo de la sociedad y las instituciones norteamericanas fueron curiosamente producidas por asociaciones.

La quinta función especial de las asociaciones consiste en dar a los ciudadanos experiencia en la asunción de responsabilidades de la sociedad. En los sistemas, las personas asumen en última instancia la responsabilidad de un gestor, pero en las comunidades las personas son capaces de definir y cumplir las acciones que ellos mismos diseñan. Esta es la función que se encuentra en el núcleo del empoderamiento de la vida asociativa.

En relación a esta función existe una sexta oportunidad de la vida asociativa. El sector asociativo es etiquetado con frecuencia como la sociedad civil porque se trata del escenario donde puede desempeñarse la función de los ciudadanos y un aspecto relacionado con esta función de los ciudadanos es votar. Su principal manifestación, como apuntó De Tocqueville (1835), es la solución de los problemas colectivos de las asociaciones locales que asumen responsabilidad para el bien común.

Una séptima función de la comunidad de asociación son los diversos y numerosos contextos que se dan para el liderazgo. Mientras los sistemas jerárquicos están diseñados para el liderazgo de unos pocos, la proliferación de asociaciones hace las veces de semillero constante, que multiplica las experiencias y las capacidades de liderazgo.

En octavo lugar, la red de las asociaciones locales también ha sido el semillero histórico para el crecimiento de la empresa local. Malinterpretamos el desarrollo económico si creemos que crece a partir de programas que impliquen la creación de planes de negocio, pues el suelo que ha nutrido a la empresa y a la economía burguesa lo constituyen las experiencias, relaciones y cultura de una vida rica de comunidad asociativa local.

Por último, y a un nivel más básico, la asociación de comunidad es el poderoso motor que moviliza las capacidades de las personas a nivel local. El vaso medio lleno es la unidad molecular básica de la estructura de una sociedad efectiva, pero paradójicamente, este poder depende de saber ignorar la mitad vacía del vaso. Se trata de un poder que ha crecido al ignorar las necesidades como recursos, se trata del poder que moviliza a una persona con una enfermedad cardíaca para utilizar sus habilidades de carpintería y construir un centro comunitario.

Principios básicos

En resumen, una comunidad asociativa aporta el contexto para:

- el cuidado y el apoyo mutuo,
- la respuesta rápida a los problemas locales,
- la respuesta individualizada y la movilización,
- la innovación social creativa,
- la asunción de responsabilidad,
- las funciones de ciudadanía,
- el desarrollo de liderazgo,
- el desarrollo de la empresa,
- la movilización de capacidades.

Estas funciones, en combinación, representan el papel único de la comunidad entendida como una red de asociaciones informales y formales. En los puntos en los que estas funciones se atrofian, la desorganización social resultante no puede corregirse con sistemas y sus servicios o intervenciones. Las razones son las que ya hemos analizado, es decir, los sistemas y asociaciones son herramientas características con capacidades únicas y ninguna puede sustituir a otra. El reconocer el mapa político social dominante a la comunidad asociativa, supone una guía fatídica para el siglo XXI: nos llevará a encallar en una sociedad asistida y rodeada por un mar de fracaso social.

Parte 1. Lo que sabemos

El mapa que necesitamos para navegar por nuestro futuro sería parecido al gráfico de la figura 5.14.

Esta figura traza el mapa de la centralidad del parentesco, la asociación y la empresa y el papel secundario de los sistemas y sus “aportaciones”.

Fig. 5.14. Parentesco, asociaciones, sistemas



Nos enfrentamos, sin embargo, con un dilema crítico: ¿es posible hacer crecer la comunidad mientras el mundo de los sistemas continúa expandiéndose?, ¿o estamos en una situación en la que inevitablemente los crecientes sistemas de servicios desplazarán y sustituirán, de forma inefectiva, las funciones de las comunidades de asociación?

Se trata de una cuestión histórica y su exploración más profunda ha sido realizada por dos grandes historiadores sociales. En sus principales trabajos, *Technological Society* (la sociedad tecnológica) de Jacques Ellul (1964) y *La gran transformación* de Karl Polanyi (1944), se describen desde diferentes perspectivas cómo la forma que llamamos modernización en la sociedad occidental es una manifestación de la contracción de las relaciones comunitarias resultante del crecimiento de los sistemas y sus herramientas relacionadas. Sus obras sugieren que estamos

ante una competición entre asociación y sistema. Para que uno gane, el otro debe perder. Básicamente se trata de un juego de suma cero.

Si esta historia es premonitoria, el cambio básico necesario para un mapa efectivo del siglo XXI es una contracción de sistemas de servicio para poder ofrecer el territorio e incentivos para que las estructuras de la comunidad se expandan. Un cambio tal no es realmente una reforma del sistema, es un mapa diferente, un cambio de paradigma.

Conclusiones

Para navegar con éxito en el futuro, los políticos y legisladores tendrán que moverse en direcciones diferentes. Para llegar a su destino, necesitarán aumentar el poder de la comunidad a la par que mermar la autoridad del sistema. A medida que emprendemos este viaje, existen tres principios básicos que pueden guiarnos hacia un futuro en el que las familias y las comunidades florezcan y los problemas sociales disminuyan.

Primero, las prioridades de financiación cambiarán. Durante los últimos 50 años hemos aumentado significativamente las cantidades destinadas a los vulnerables y desfavorecidos. Sin embargo, el aumento se ha destinado en gran medida a los sistemas de servicio, de forma que, por ejemplo, más de la mitad de todos los fondos para los pobres ahora se destinan más a los sistemas que a aquellos con ingresos insuficientes.

El principio de navegación aquí es un cambio en la economía, de forma que los ingresos y la empresa sean los objetivos principales que ofrezcan mejoras para los ciudadanos y las comunidades situados del centro del mapa. Por ello, los recursos se desviarán desde los sistemas de servicio secundarios para ofrecer a las personas que son especialmente vulnerables ingresos que les permitan tomar decisiones. La “precompra” de servicios se convertirá en una inversión en política de último recurso.

Parte 1. Lo que sabemos

Al mismo tiempo, otras inversiones políticas se centrarán principalmente en la mejora y expansión de las habilidades empresariales de las asociaciones locales y las personas. El desarrollo económico de la comunidad será más prioritario que los servicios de recuperación o compensatorios.

El segundo principio consistirá en reconocer la naturaleza del espacio asociativo, eliminar las barreras a sus funciones y dar incentivos a las estructuras de la comunidad para asumir nuevas funciones económicas y sociales. El mapa asociativo emergente trazará el mapa del complejo, diverso e interrelacionado despliegue de las asociaciones informales y formales a nivel local. El objetivo del mapa no será buscar la ayuda asociativa o el asesoramiento para los sistemas, tampoco lo será el crear asociaciones, sino que el mapa será necesario para entender mejor el centro de los vecindarios locales, la sociedad civil y las estructuras mediadoras de la localidad.

De este mapa se derivará un conjunto de políticas que permitan eliminar barreras y dar apoyo e incentivos. Aunque muchos se pueden ver tentados a recomendar estas políticas, sus prioridades y diseños básicos los desarrollarán las asociaciones locales en concierto. No se puede esperar que la comunidad asociativa asuma la nueva autoridad y el poder mediante poderosas directivas de los sistemas. Más bien, el poder debe crecer a medida que se reorganiza el territorio, se eliminan las barreras y se presta el apoyo adecuado.

El tercer principio será un enfoque legislativo y planificador que vea el campo de la comunidad como el principal activo para invertir (Kretzmann y McKnight, 1993). Para ello es necesario un cambio que se aleje del foco principal en las necesidades, tendremos un nuevo compás que subrayará las capacidades de las personas y las familias y los recursos de las comunidades locales y sus asociaciones como el beneficiario principal de la autoridad y recursos del sistema.

Una política familiar centrada en los activos será especialmente importante en las nuevas direcciones para los legisladores. Las principales cuestiones de la política familiar serán:

- ¿Cuáles son los recursos económicos necesarios para una familia productiva y efectiva?
- ¿Cómo puede la comunidad local de asociaciones apoyar a la productividad de la familia?
- ¿Cuáles son los talentos, capacidades y habilidades que las familias y todos sus miembros tienen que ofrecer a la comunidad?
- ¿Cómo pueden los sistemas secundarios ayudar a las familias de forma que puedan realizar estas aportaciones sociales y económicas?

Jóvenes

En cuanto a los jóvenes que son miembros de las familias, estos nuevos principios entenderán a los jóvenes como activos más que como personas con necesidades especiales o personas que se preparan para ser miembros de la sociedad (Kretzmann y McKnight, 1993). Las prácticas dan por sentado que:

1. Toda persona joven posee una capacidad, talento, conocimiento o habilidad listo para ser dado, aportado o comercializado en este momento.
2. Toda comunidad tiene necesidad de estas capacidades para convertirse en un lugar saludable para vivir.
3. El método principal para cumplir esta necesidad es que la comunidad local esté organizada para buscar y usar las capacidades de los jóvenes en el centro productivo de la sociedad.
4. Para estar en el centro productivo, los jóvenes estarán sistemáticamente conectados con el trabajo productivo de los adultos y las asociaciones en el corazón de la sociedad. De esta forma se convertirán en los beneficiarios de todas las funciones de la comunidad de asociación descritas anteriormente. Lo que es más importante, se encontrarán en el centro del cuidado, la capacidad y la ciudadanía en vez de en el sustituto artificial e inefectivo denominado servicio.

Parte 1. Lo que sabemos

Para que estos cuatro hitos nos sirvan de guía hacia una comunidad de jóvenes productivos, útiles y empoderados, tendremos que cambiar necesariamente la práctica de la mayoría de los sistemas de servicio a los jóvenes. Pondremos fin al sesgo de edad de los “programas para jóvenes” que los aíslan de los adultos y asociaciones productivas del centro de la sociedad. Por el contrario, buscaremos la conexión local continua de los ciudadanos de todas las edades en las experiencias diarias comunes de la actividad productiva social, cívica y económica.

Hemos explorado la naturaleza de los sistemas, clientes y consumidores, hemos redescubierto las capacidades de las personas y las asociaciones que movilizan sus capacidades, hemos observado el papel distintivo que cada uno debe jugar en una comunidad efectiva, hemos previsto un nuevo mapa que incorpore todo el territorio conocido del universo social y hemos trazado el mapa de las nuevas políticas necesarias para recorrer el siglo **xxi**.

Tendremos que actuar, sin embargo, con algunas precauciones. La comunidad de asociación, como los sistemas, son un medio, una herramienta, no tiene valores inherentes. Por ello, como hemos observado con el giro que dan los nazis a los sistemas para sus malvados fines, hemos visto en Bosnia y Burundi que las comunidades locales y sus asociaciones pueden utilizarse con fines malvados. El punto crítico es la lucha continua para una cultura de civismo.

Otro aspecto que debemos considerar es que nuestro mapa del siglo **xxi** no incluye un espacio explícito para la espiritualidad, no obstante, es obvio que las comunidades con culturas mecanísticas o individualistas carecen de este recurso fundacional. El resultado sigue siendo un espacio árido sin cultura del alma que eleve al ciudadano a una visión más elevada.

Por último, debemos resaltar de nuevo que la capacidad económica local de elegir y mantenerse es un tema político límite. Hemos abandonado económicamente a demasiadas comunidades y dejado de lado a aquellos ciudadanos que han permanecido en ellas. Son estos ciudadanos y su disyuntiva económica el primer tema político del siglo **xxi**. Si nuestras comunidades retoman el poder de nuevo, necesitaremos la contribución de estos ciudadanos.

Bibliografía

- de Tocqueville, A. (1835). *Democracy in America*. Library of America.
- Ellul, J. (1964). *The technological society*. Edición norteamericana. Nueva York: Vintage Books. (edición francesa publicada en 1954).
- Kretzmann, J.P. y McKnight, J. (1993). *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. Chicago: ACTA Publications.
- Polanyi, K. (1944). *The great transformation: The political and economic origins of our time*. Nueva York: Farrar & Rinehart.

PARTE 2

Lo que hacemos



6

Salutogénesis y activos para la salud, implantación de una estrategia formativa

MARIANO HERNÁN, ÁNGEL LUIS MENA Y ANTONY MORGAN

Hay profesionales dedicados a la promoción de la salud y la salud pública que están integrando en sus acciones y proyectos el modelo de activos para la salud. La Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) de la Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía, como organización dedicada a la formación y la gestión del conocimiento está inmersa en la reorientación de sus proyectos y planes de formación hacia contenidos relacionados con el modelo salutogénico.

Es necesario trabajar en dos líneas complementarias:

1. Fundamentación teórica del pensamiento en Salud Pública y promoción de la Salud hacia el modelo positivo.
2. Desarrollo empírico de proyectos con un enfoque de activos para la salud.

PS+INTERVENCIÓN

SP+FORMACIÓN



ACTIVOS

SALUTOGÉNESIS

Denominaremos a estos modos de pensar: activos para el conocimiento y activos para la acción (*Assets for knowing* y *Assets for doing*).

Parte 2. Lo que hacemos

Se trata de ir implementando el modelo por medio de la investigación y las metodologías formativas que permiten ampliar el conocimiento existente, introduciendo contenidos en las líneas de trabajo e intervención en promoción de la salud y formando a profesionales.

Para hacer formación específica de posgrado o formación a lo largo de la vida, se busca que el aprendizaje y la enseñanza se integren en el currículum de los profesionales, para que así sea posible implementar el modelo en el trabajo diario.

La propuesta se desarrolla por medio de la puesta en marcha de *Seminarios Avanzados sobre Promoción de la Salud: Activos para la salud y salutogénesis*. El objetivo es capacitar para generar conocimiento y proyectos de intervención.

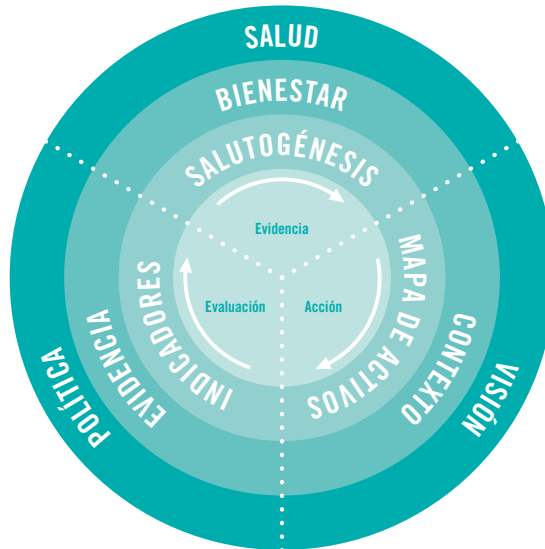
Se construye un modelo de formación, con dos fases:

- 1. Teórica.** Contenidos impartidos por profesorado de prestigio en la materia procedentes de centros de excelencia en Reino Unido, Escandinavia y España. Apoyados por un equipo de jóvenes investigadores que desarrollan proyectos con alto componente salutogénico.
- 2. Práctica.** Todos los implicados e implicadas:
 - a.** Aportan y comparten sus experiencias y reflexionan sobre cómo implementar los contenidos en futuras iniciativas y
 - b.** Generan un proyecto de intervención con una reorientación hacia los activos en salud y la salutogénesis.

La metodología de trabajo se centra en revisar y adaptar el conocimiento sobre salutogénesis, modelo de activos y mapa de activos con especialistas en promoción de la salud implicados en todo el proceso de formación, investigación y acción. Se crea una taxonomía y constelación de activos para la salud para identificar dos categorizaciones:

- 1. Activos para Conocer:** Determinantes esenciales para la salud y el bienestar en el curso de la vida.
- 2. Activos para Hacer:** Conjuntos de activos clave (internos y externos) para activar soluciones y actuar en entornos de apoyo (individuales, comunitarios y organizacionales) para la salud y el bienestar.

Fig. 6.1. Un modelo activo para la salud pública



Para identificar y organizar activos para la salud en los proyectos generados, se plantean dimensiones como:

- Etapa del curso de la vida
- Área de trabajo
- Tema o problema
- Conocimiento implicado
- Acciones: individuales, comunitarias o institucionales.

Así, el sistema sanitario público y otros sistemas emprenden los primeros pasos para reorientar sus servicios de salud hacia el modelo salutogénico a través de la formación y la gestión del conocimiento colaborativo entre profesionales y de ese trabajo surgen diseños y propuestas de proyectos de intervención orientados hacia los activos para la salud.

Presentamos en las siguientes páginas el producto elaborado por los equipos de profesionales.



7

Proyectos basados en el modelo de activos y salutogénesis en Andalucía

Infancia-Adolescencia

1. Proyecto de promoción de hábitos saludables e intervención en obesidad en un colegio de Vícar en el Poniente almeriense. **ANA ROSA SÁNCHEZ VÁZQUEZ**
2. Identificación de activos en salud del Instituto de Educación Secundaria San Pablo para trabajar la promoción de la salud desde un enfoque salutogénico. **ANA MARÍA RUIZ BERNAL**
3. Rueda de activos en salud: Un proyecto integral de promoción de la vida saludable con población adolescente en situación de especial vulnerabilidad. **JOSEFA CASTRO BAREA**
4. Generación de mapas de activos por la población infantil de una localidad de la Subbética Cordobesa. **FRANCISCO JOSÉ DÍAZ EXPÓSITO**
5. Programa para la promoción de hábitos de vida y ocio alternativos al consumo de alcohol. **DAVID ODERO SOBRADO**
6. Perspectiva de la Salutogénesis y los activos en salud, aplicados a los contenidos de formación del Programa Forma Joven. **ÁNGELES VIEDMA ROMERO**
7. Desarrollo del programa de mediación en convivencia y salud. **GLORIA CAMINERO DÍAZ**

Parte 2. Lo que hacemos

8. Reformulación del Programa Forma Joven en el IES Carmen Laffont desde la perspectiva de los activos y la salutogénesis. **JUAN MANUEL SÁENZ LUSSAGNET**
9. Escuela de “Salutogénesis en familia” para futuros progenitores, en el servicio de Educación Maternal del Centro de Salud de Guadix (Granada). **ANA RUTH BERNARDO DE PAZ**
10. Fortaleciendo los lazos familiares en la adolescencia o Parentalidad positiva en la adolescencia. **MAITE GORROTXATEGI LARREA**

Grupos vulnerables

11. Activos en salud. Perspectiva salutogénica en el Punto Forma Joven Comunitario de la Zona Norte de Granada, Asociación Gitana Anaquerando. **ALBERTO JOSÉ RUIZ MARESCA**
12. Identificación y difusión de activos en la localidad de Linares (Jaén) para mujeres que sufren o han sufrido violencia de género. **EVA M^a CARRANZA MIRANDA**
13. Grupos socioeducativos para mujeres: una experiencia de promoción de salud. **ALICIA MALDONADO RAMOS**
14. Activos en salud en el centro penitenciario de Albolote (Granada). **SUSANA FERNÁNDEZ COELLO**
15. Detección y análisis de los activos en salud de un grupo social vulnerable: La comunidad gitana. **ANTONIO JESÚS RAMOS MORCILLO**
16. Abordaje desde un modelo de activos en salud de población inmigrante temporera, modificando la reorientación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva desde los planteamientos de la salutogénesis en la Unidad de Gestión Clínica de Moguer (Huelva). **RAFAEL MARTÍN CAÑETE**

Acción local

17. Proyecto sobre mapa de activos en salud en la población de Barbate (Cádiz). **DANIEL JESÚS LÓPEZ VEGA**

18. Mapa de activos en las barriadas de La Piñera y el Saladillo, de Algeciras (Cádiz). **M^a INMACULADA CEBALLOS BENITO Y CARMEN MONTAÑO REMACHA**
19. Creación de una mesa intersectorial para identificar los activos en salud en el municipio de Alozaina (Málaga) con gran cantidad de demanda asistencial. **PATRICIA FUENTES LOZANO**
20. Planes municipales de salud y salutogénesis. Aproximación a los activos locales de salud. **ANA CAROLINA ZANOLLA BALBUENA**
21. Mapa de Activos en el Plan Local de Salud de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz). **MIGUEL ÁNGEL CUESTA GUERRERO**
22. Incorporación del modelo de activos en la planificación de actividades de un plan local de acción en salud. **BLANCA BOTELLO DÍAZ**
23. Mapa de activos del municipio de Vícar (Almería). **VALENTÍN DÍAZ DEL VA**
24. Plan de Acción Local en salud: RELAS. “Un enfoque positivo a nuestra mirada”. **GRACIA FERNÁNDEZ MOYA**
25. Taller educativo para el fomento de Hábitos Saludables en Barrio con Necesidades de Transformación Social (ZNTS). Enfoque centrado en los Activos de Salud. **ANA CORTÉS GALLEGO**
26. Reorientación del modelo de déficit al modelo de activos en salud en la Zona de Necesidad de Transformación Social de El Puche (Almería). **ISABEL MARÍA CRAVIOTTO MANRIQUE**
27. Búsqueda de activos en salud en una zona con necesidad de transformación social en Almería: La Chanca-Pescadería. **ISABEL MARÍA MERCEDES TOBIÁS MANZANO**

Hábitos saludables

28. Promoción de la salud en el lugar de trabajo. **GEMA DÍAZ ALONSO**
29. Incorporación de la visión salutogénica en los grupos de deshabituación tabáquica en adolescentes. **MARÍA DOLORES MARTÍN PESO**

Parte 2. Lo que hacemos

- 30.** Consultas de consejo dietético intensivo desde la perspectiva de activos en salud y salutogénesis. **MARÍA INÉS ORTEGA MARTÍNEZ**
- 31.** Mapa de activos y obesidad infantil. **BEGOÑA GIL BARCENILLA Y ELISA VIZUETE REBOLLO**
- 32.** Proyecto para el incremento de la actividad física a nivel local desde la perspectiva salutogénica. **MARÍA JESÚS GUTIÉRREZ**
- 33.** Caminata “La vida sin tabaco sabe mejor”. Distrito Sanitario Costa del Sol (Málaga). **AUXILIADORA MESAS RODRÍGUEZ**
- 34.** Enfoque salutogénico de la promoción de la actividad física infantil desde la consulta pediátrica del Centro de Salud de Mairena del Aljarafe (Sevilla). **TOMÁS GARCÍA MAESO**
- 35.** Análisis desde la perspectiva de la salutogénesis de un Programa de Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo. **AURORA MARTÍNEZ LOSCERTALES**
- 36.** Identificación de posibles activos en salud en una empresa del sector hortofrutícola. **FRANCISCO JAVIER DOLZ LÓPEZ**

Otros

- 37.** Los activos en salud y el Sentido de la Coherencia en un programa de Rehabilitación Cardíaca. **RAFAEL MUÑOZ DUEÑAS**
- 38.** El flamenco como activo para la salud. **LOURDES MARÍA MARTÍNEZ MELLADO**
- 39.** Estudio comparativo perfil SOC de profesionales del Distrito Costa del Sol implicados o no en tareas de educación/promoción de la salud. **NURIA DELGADO SÁNCHEZ**

Infancia-Adolescencia

1

Proyecto de promoción de hábitos saludables e intervención en obesidad en un colegio de Vícar en el Poniente almeriense

ANA ROSA SÁNCHEZ VÁZQUEZ

Justificación: La obesidad infantil se está convirtiendo en un grave problema de salud. Desde el Poniente almeriense, un grupo de profesionales de Atención Primaria y Especializada pretende poner en marcha un proyecto interdisciplinar e intersectorial en un colegio del municipio de Vícar (Almería). El proyecto parte de un enfoque salutogénico ya que pretende, por un lado emplear los activos de salud que existen en la comunidad (profesionales, AMPAS, zonas de ocio y área de deportes del ayuntamiento y mapa de activos de RELAS de Vícar) para fomentar hábitos saludables en la población infantojuvenil. Y por otro lado, a través de la participación activa de escolares con obesidad y sus familias, descubrir activos que nos permitan orientar la intervención individual y grupal en busca de recursos generales de resistencia.

Objetivos:

1. Promover hábitos saludables en escolares de 9 a 12 años de Vícar (Almería).
2. Elaborar un mapa de activos de la población infantil.
3. Intervención bio-psicosocial en los escolares con criterios de sobrepeso y obesidad y sus familias.
4. Promover Recursos Generales de Resistencia.

Metodología: Se estima una duración de 2 años.

PRIMERA FASE:

Proyecto de promoción de hábitos saludables e intervención en obesidad en un colegio

Se desarrollará en la escuela. Los profesionales de salud, con implicación del profesorado, impartirán talleres de estilo de vida saludables, que ayuden a las menores a moverse en dirección a la salud positiva (buenos hábitos en la alimentación y ejercicio físico). Las charlas informativas y/o talleres de hábitos saludables se harán extensibles a las familias a través de las AMPAS y se elaborará un mapa de activos internos en escolares (capacidad social, valores positivos, identidad positiva y compromiso con el aprendizaje).

SEGUNDA FASE:

Proyecto de intervención sobre escolares con sobrepeso y obesidad

Se desarrollará en el Centro de Salud y/o hospital. Los escolares seleccionados serán del colegio de Vícar entre los 9 y los 12 años y un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor al 90%, junto con otro grupo de menores que ya acuden a consulta médica y que se encuentran controlados. En ambos grupos se realizarán las intervenciones clínicas y sociales habituales y, además, sobre el colectivo que ya visita al médico se realizará intervención:

1. A nivel grupal que pretende:

- Generar Recursos Generales de Resistencia cognitivo-emocionales a través de talleres de educación emocional y de relajación creati-

Parte 2. Lo que hacemos

va, por medio del Juego de la Imaginación y reuniones inicialmente semanales y después mensuales durante un año.

- Proporcionar una Red de Apoyo Social: a través del Grupo y de la implicación de las familias.
- Utilizar los Activos externos locales para el desarrollo de actividades de ejercicio físico y ocio comunitarias y grupales.

2. A nivel individual y familiar:

- Desarrollo de Mapa de Activos internos de los menores.
- Desarrollo de activos externos: apoyo familiar, motivación, empoderamiento...
- Visitas domiciliarias a las familias con necesidad de apoyo.

Resultados:

PRIMERA FASE:

- Elaboración de un mapa de activos de los escolares.
- Mejora de hábitos nutricionales y aumento de horas del ejercicio físico en la población escolar.
- Formación e implicación del profesorado.

SEGUNDA FASE:

- Potenciar los Recursos Generales de resistencia de los menores con sobrepeso y obesidad como la autoestima o la identidad.
- Desarrollo del Sentido de la Coherencia.
- Generar opciones de respuesta en menores y familias.
- Mejora de hábitos nutricionales y aumento de horas del ejercicio físico.

2

Identificación de activos en salud del Instituto de Educación Secundaria San Pablo para trabajar la promoción de la salud desde un enfoque salutogénico

ANA MARÍA RUIZ BERNAL

Justificación: La propuesta de este trabajo es fundamentar la promoción de la salud en el IES San Pablo desde una perspectiva salutogénica basándonos en los activos en salud que tiene el centro educativo y no en los déficits o necesidades de la población diana, que es lo que habitualmente se viene haciendo cuando se intenta promover hábitos saludables en este ámbito de actuación. Para ello trataremos de colocar a la población con la que vamos trabajar en un punto de mira salutogénico, identificando los recursos en la población, en el entorno y los espacios en los que se desenvuelven habitualmente, con el fin de promover hábitos de vida más saludables en la población adolescente de dicho centro de enseñanza.

Objetivo: Desde el modelo salutogénico y mediante la herramienta de creación de un mapa de activos en salud, queremos realizar en el I.E.S. San Pablo un mapeo de los activos de la población, del entorno y de los espacios que nos permita fomentar esta perspectiva de trabajo.

Metodología: Se realizará una metodología participativa, utilizando para ello el tejido de trabajo del propio centro de enseñanza, así como sus órganos de participación, (Consejo Escolar, AMPAS y Consejo de Alumnos). De este modo, se pretende elaborar un mapeo de los recursos potenciales y activos con los que cuenta el centro de enseñanza secundaria. El procedimiento propuesto para ello es realizar una reunión con los distintos órganos de participación del centro para identificar con ellos los activos ocultos y potenciales en el cen-

tro, así como empoderar a aquellos activos que se conocen y a los que no se les está dando la suficiente importancia y trabajar, de este modo, en la promoción de la salud en esta población.

EN UNA SEGUNDA FASE:

- Realizar un Inventario de recursos, habilidades y talentos de los individuos que hemos identificado en el transcurso de dichas reuniones.
- Reforzar las relaciones o lazos entre las diferentes partes de la comunidad educativa.

- Identificar líderes entre los iguales que puedan realizar tareas de comunicación para transmitir conocimientos y conductas.

Resultados: Una vez realizado el mapeo, esta herramienta la podemos utilizar para remodelar las interacciones y las intervenciones que venimos realizando en dicho centro e invertir en el potencial identificado para lograr un cambio en algunos de los hábitos de vida de la población diana.

3

Rueda de activos en salud: Un proyecto integral de promoción de la vida saludable con población adolescente en situación de especial vulnerabilidad

JOSEFA CASTRO BAREA

Justificación: Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar (Morgan y Ziglio, 2008). En la línea de este concepto, el enfoque de la salud pública centrado en la prevención está dando un giro hacia la salud pública positiva, como una forma de ver las acciones en salud, focalizando la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. En este modelo, que revitaliza la promoción de la salud, va a ganar valor la idea de activos para la salud (Hernan y Lineros, 2010). La conceptualización de activos para la salud y salud positiva se centran en la óptica no patogénica, conocida también como perspectiva salutogénica (Antonovsky, 1987) o de la salud positiva (Scales, 1999), poniendo énfasis en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad. El hallazgo principal del modelo salutogénico es que el sentido de la coherencia corre-

laciona con la salud percibida y con la calidad de vida percibidas.

De otro lado, la etapa de la adolescencia ha generado durante las últimas décadas un buen número de investigaciones y un intenso interés entre los profesionales de la Salud, sobre todo debido a la notoriedad y gran preocupación social que suscitan muchos de los problemas propios de este periodo: consumo de drogas, conductas de asunción de riesgos, problemas alimentarios, violencia, comportamiento anti-social, etc.

Objetivo: El objetivo principal de este proyecto es mejorar la salud y calidad de vida real y percibida del adolescente que se encuentra en situación de especial vulnerabilidad, mediante la construcción conjunta y el mantenimiento de una rueda de activos en salud internos y externos, que ponga el énfasis en las competencias del individuo más que en los déficits, considerando al adolescente como un recurso con enormes potencialidades a desarrollar.

Parte 2. Lo que hacemos

Metodología: Partiendo del modelo de las “5 ces”, adaptado a nuestro entorno por el equipo de investigación del Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla, se propone un protocolo de intervención cuyo eje central se base en el desarrollo y potenciación de las habilidades y competencias que componen el desarrollo positivo adolescente (competencias personales, competencias y habilidades sociales, competencias cognitivas, competencias morales y competencias emocionales), haciendo uso a su vez de los activos disponibles en el entorno; todo ello compondrá la rueda de activos en salud de la persona.

Se realizará un estudio piloto con población adolescente en situación de especial vulnerabilidad, escolarizada y con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años de edad. La intervención y seguimiento correrá a cargo de un equipo multidisciplinar (docente, orientador, personal sanitario, mediadores, etc.) siendo el carácter interdisciplinar el eje central de la estrategia.

Resultados: Reforzando las fortalezas del individuo y utilizando correctamente las oportunidades del entorno, se espera encontrar resultados positivos en salud perdurables en el tiempo.

4

Generación de mapas de activos por la población infantil de una localidad de la Subbética Cordobesa

FRANCISCO JOSÉ DÍAZ EXPÓSITO

Justificación: El Plan de Acción Local en la Salud de Cabra (Córdoba) tiene como objetivo fomentar la prevención, promoción y vigilancia en salud y para ello es necesario conocer los activos de salud de la comunidad. En este sentido, el Consejo Local de la Infancia (CLIC) es el mejor espacio para propiciar acciones salutogénicas, ya que en él están presentes y participan los niños y niñas de Cabra.

Objetivos: El objetivo general de este proyecto es hacer visibles los activos de salud existentes en la localidad mediante estrategias de mapeo comunitario entre la población infantil y para ello se han marcado como objetivos específicos:

- Crear un banco de técnicas participativas de mapeo comunitario.

- Incorporar en las dinámicas de trabajo de los escolares las actividades del banco y relacionarlas con temas sociales de su interés.
- Provocar la reflexión en los escolares para entender el mapa de activos como herramienta para detectar recursos en términos de salud positiva.
- Crear dispositivos de expresión en donde se puedan presentar los activos detectados y ser fácilmente identificables por todos.

Metodología: La metodología utilizada será la participativa y se motivará a la población escolar de tercer ciclo de Educación Primaria (5º y 6º) y en los institutos, al primer ciclo de Educación Secundaria (1º y 2º ESO). Este voluntariado infantil recibirá la formación necesaria de los técnicos del proyecto. Paralelamente se informarán a las asociaciones de madres y padres, educadores y otros colectivos sociales.

Mediante entrevista con los participantes obtendremos la información para decidir sobre el tipo de actividad a realizar y sobre el concepto de mapa de salud que poseen. Al final de cada actividad, la implicación y motivación de los participantes, así como el concepto de mapa de activos que se está aplicando, será recogido a través del diálogo grupal.

La realización de las actividades de mapeo provocará la reflexión de los participantes y el descubrimiento de activos de salud, compartiéndose mediante mapas-murales en los centros educativos y una web diseñada para tal fin.

Dado que la implicación de la comunidad educativa es importante, la adaptación al calendario escolar es fundamental, desarrollándose durante el curso lectivo.

Mediante reunión del grupo motor se pondrá de manifiesto a través de un informe, si han sido alcanzados los objetivos, cuantificándose:

- Número de participantes, de actividades diseñadas y llevadas a cabo.
- Número de activos detectados y representados.
- Número de accesos a la web creada.

Tras el análisis del discurso obtenido en los intercambios orales conoceremos la idea que los escolares han desarrollado sobre el mapa de activos de salud.

Resultados: El mapa de activos creado permitirá construir estrategias que pongan en valor fortalezas locales para abordar conjuntamente cuestiones sobre salud, materializar acciones desde la perspectiva de la salud en todas las políticas y favorecer la reorientación de los servicios hacia una promoción de la salud con un enfoque positivo. Se espera sentar las bases necesarias para hacer reproducible la iniciativa al resto de la población de la localidad.

5

Programa para la promoción de hábitos de vida y ocio alternativos al consumo de alcohol

DAVID ODERO SOBRADO

Justificación: En la actualidad asistimos a una creciente tendencia del consumo y abuso de alcohol en jóvenes menores de edad. A menudo, el patrón de consumo en este colectivo acostumbra a ser distinto al del consumo adulto. Generalmente se manifiesta en la ingesta esporádica de grandes cantidades de alcohol, casi siempre con un marcado componente lúdico y social.

Tras la finalización del proyecto RELAS en Arcena (Sevilla), y con la elaboración del Plan de Acción Local en Salud de dicha localidad, se ha detectado por distintos métodos que el abuso de consumo

de alcohol constituye uno de los principales determinantes de reducción de salud en jóvenes.

Iniciativas coercitivas, basadas en el modelo del déficit, guiadas a la eliminación del problema se han mostrado ineficaces en el pasado. Es por ello que se hace necesario intervenir no con el objeto único de reducir el consumo; sino de aumentar aquellos recursos de ocio alternativos al consumo de alcohol.

Objetivos:

1. Favorecer formas de ocio saludable entre los jóvenes de la región.
2. Disminuir el consumo de alcohol en jóvenes.

Parte 2. Lo que hacemos

Metodología: La intervención seguirá una metodología de investigación-acción participante. Como centro, se tomará la colaboración de algunos jóvenes de la localidad que durante la implementación del proyecto RELAS fueron formados como mediadores en salud.

Las actividades a realizar serán las siguientes:

- Evaluación de las motivaciones, conductas alternativas y nivel de consumo de alcohol en jóvenes. Dicha información se logrará por medio de un grupo focal con los jóvenes y una encuesta semi-estructurada realizada por los mediadores durante las fiestas y aglomeraciones en las que comúnmente se consume alcohol.
- Habilitación de espacios y realización de actividades alternativas. Aprovechada la reciente inauguración de la Casa de la Juventud se habilitarán en los mismos espacios de ocio acorde con las necesidades manifestadas por los jóvenes en la fase anterior. Se tratará de mantener abiertos estos espacios, cuyas actividades serán gestionadas por los propios jóvenes, disponibles hasta al menos las doce de la noche.

- Puesta en marcha de una red de establecimientos responsables con la venta de consumo de alcohol a jóvenes:
 - Se instruirá a los mediadores para realizar comprobaciones en los establecimientos que suministran bebidas alcohólicas.
 - Los jóvenes fingirán ir a comprar bebidas alcohólicas y, en caso de que no se les solicite verificar su edad, informarán al vendedor de su obligación a este respecto. Estas comprobaciones se realizarán periódicamente y aquellos establecimientos que las superen conseguirán un distintivo diseñado a tal efecto.

En una **segunda fase** los mediadores formarán a otros jóvenes para proseguir con el programa.

Resultados: Tras la aplicación de la intervención esperamos que los activos desarrollados durante la misma se mantengan y sean autogestionados por los propios jóvenes del municipio.

Esto debería revertir en un abandono progresivo de formas de ocio menos saludables, como el consumo del alcohol y droga en eventos sociales.

6

Perspectiva de la Salutogénesis y los activos en salud aplicados a los contenidos de formación del Programa Forma Joven

ÁNGELES VIEDMA ROMERO

Justificación: Uno de los objetivos planteados en los Cursos de Formación Forma Joven es ofrecer una formación general introductoria a los/las profesionales que van a participar en las Asesorías Forma Joven que les capacite para el abordaje eficaz de la promoción de la salud y prevención de riesgos con el alumnado de Enseñanza Secundaria y de otros contextos. Si a ello su-

mamos el compromiso formativo con los agentes mediadores, jóvenes que van a participar en las Asesorías como miembros activos de éstas, completaremos el proceso.

En última instancia, el objetivo del programa Forma Joven es acercar actividades de promoción de la salud y de prevención de riesgos asociados a los entornos donde conviven jóvenes y adolescentes y otorgarles, además un papel activo y central en dichas actividades.

Objetivos: Desde la perspectiva de la salutogénesis supondría incorporar a esos contenidos básicos de formación los mapas de activos identificados/elaborados, tanto por los jóvenes como por los profesionales implicados en el programa, al objeto de incorporarlos posteriormente en sus respectivas programaciones.

Metodología:

- El conocimiento de este enfoque debe reflejarse en un nuevo sistema de comunicación entre profesionales y jóvenes en el que se prioricen los propios activos de este colectivo y de su entorno.

- La elaboración de un mapa de activos basados en la comunidad y en el entorno: Planes locales de Salud, Programa Ciudades ante las Drogas, Centros de Información Juvenil, Red de correspondientes juveniles, Asociaciones juveniles, Escuelas deportivas, Talleres de teatro, de tunning...

Resultados: Este proyecto facilitará toda una red de oportunidades y recursos de salud, a la vez que partimos de los activos personales de los jóvenes como potencialidad, no como riesgo. Supone adoptar un lenguaje diferente, una perspectiva de trabajo interiorizada que permitirá identificar redes y recursos, facilitando la programación de actuaciones.

7

Desarrollo del programa de mediación en convivencia y salud

GLORIA CAMINERO DÍAZ

Justificación: El programa se desarrolla con el alumnado de ESO en todos los IES de Alcalá de Guadaíra (Sevilla), que además están inmersos en el Programa Forma Joven. Dicho plan trabaja desde el modelo de déficit tradicional, no obstante incluye actividades sustentadas en el modelo de activos en salud cuyo objetivo no es otro que detectar y desarrollar las potencialidades del alumnado para mejorar la toma de decisiones más saludables. Dentro de este modelo de activos podemos incluir el programa de Mediación en convivencia y salud.

Objetivos: El objetivo general es generar una red de alumnas y alumnos formados en procesos de mediación y agentes de salud. Para ello se trabajará con los objetivos específicos:

- Desarrollar las capacidades y habilidades, en definitiva del crecimiento personal del alumnado que conforma la red.

- Mejorar la convivencia entre los miembros de la red y los que están fuera de la red.
- Estar a disposición de todos los compañeros y compañeras que puedan requerir ayuda.
- Animar para que sus compañeros y compañeras se sientan más capaces de afrontar las dificultades de la vida cotidiana.
- Informar a los compañeros y compañeras sobre los recursos que pueden utilizar para resolver sus dificultades, tanto en convivencia como en salud.
- Potenciar estilos de vida saludables.

Metodología: El desarrollo del programa de mediación surge en 2008 de un trabajo intersectorial entre el servicio educativo, Centro del profesorado, el Distrito Sanitario Sevilla Sur (coordinado por el Técnico de Educación para la Salud), el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra y el propio alumnado.

En primer lugar se seleccionan a un grupo de alumnos y alumnas que tienen un alto sentido de coherencia y cuya selección viene ya determinada

Parte 2. Lo que hacemos

por el centro educativo. Dicho grupo participará de unas jornadas formativas anuales de dos días de duración que incluyen varios talleres que tratan de forma participativa temas de mediación, habilidades de comunicación, alimentación saludable, los derechos sexuales, la inteligencia emocional, la creatividad, el movimiento, la educación vial y el amor. Así como actividades al aire libre. Por lo general las jornadas se desarrollan en un albergue juvenil fuera del municipio de Alcalá de Guadaíra, por lo que es un espacio real de convivencia. Las características de estos cuatro años son:

- 2008: I Encuentro: El Bosque. Se inicia sólo con el IES Tierno Galván con un total de 50 alumnos/as.
- 2009: II Encuentro. Algámitas. Participan todos los IES de Alcalá de Guadaíra con un total de 112 alumnos/as.

- 2010: Albergue Juvenil Cerro Muriano. Córdoba. Todos los IES de Alcalá de Guadaíra participan un total de 150 alumnos/as.
- 2011: Teatro de Alcalá de Guadaíra. Participan 180 alumnos/as de todos los IES de Alcalá de Guadaíra.

Resultados:

- La red es mayor.
- Ha mejorado la convivencia en los centros educativos.
- Desarrollo de la cultura del diálogo para resolver los conflictos.
- Incide en la convivencia familiar del alumnado.

Reto: Que los padres/madres/tutores participen en los procesos formativos de mediación en convivencia y salud.

8

Reformulación del Programa Forma Joven en el IES Carmen Laffont desde la perspectiva de los activos y la salutogénesis

JUAN MANUEL SÁENZ LUSSAGNET

Justificación: El Programa Forma Joven se inicia con el objeto de impulsar la promoción de la salud desde el desarrollo de buenas prácticas para la comunidad escolar mediante una intervención identificada con el escenario donde los jóvenes desarrollan su actividad cotidiana. Sin embargo, la evolución del proyecto se ha decantado hacia un modelo de déficit (patogénico), mediante la habilitación de una asesoría atendida generalmente por enfermería en el espacio del propio Instituto orientado a la demanda individual (embarazos no deseados, trastornos alimentación...) o al abordaje de síntomas grupales como el bullying, drogas...

Desde el enfoque de los Activos se emprendería un acercamiento y una línea de trabajo diferente. Es decir, esta perspectiva se centraría en los recursos personales de los alumnos, de los espacios, de la estructura organizativa del profesorado o del currículo escolar entre otros (Mapeo de Recursos). La intención es aprovechar las habilidades de aquellos alumnos con un alto sentido de coherencia para que asuman el protagonismo de potenciar estilos de vida saludables en el IES.

Objetivos: El objetivo de la intervención es acercar la promoción de salud a los escenarios en los que interactúan los chicos y chicas. Para ello habría que:

1. Detectar recursos y capacidades en los alumnos para afrontar los estresores.
2. Incentivar la comunicación de los Recursos Generales de Resistencia de alumnos líderes de la comunidad escolar.
3. Favorecer la elección de las conductas, conocimientos y metas más saludables en el contexto de las experiencias personales de los alumnos.

Metodología:

- Detectar alumnos que lideren el proyecto de intervención. (Bajo la supervisión del profesorado y la dirección del IES).
- Capacitar a estos líderes en la perspectiva salutogénica.
- Propiciar debates focales y grupos de discusión entre iguales supervisados por los líderes formados donde priorizan sus propios intereses y soluciones.
- Trabajar las áreas tradicionales en Forma Joven: salud sexual y anticoncepción, autoestima, con-

sumo de sustancias, alimentación, acoso escolar... como áreas de discusión de los jóvenes.

- Favorecer las habilidades, experiencias, compromiso, hábitos de vida, apoyo social, autoestima y cultura de los propios jóvenes para potenciar su Sentido de Coherencia, mediante las actividades propuestas por los alumnos en los debates.

Resultados: La participación de los alumnos en las actividades de salud desarrolladas en el IES puede incrementar el sentimiento de pertenencia en la escuela y el compromiso como un potenciador del SOC (Sentido de Coherencia) y de las relaciones frente a una meta común. Para ello es necesario realizar una valoración de las actividades de salud que desarrolla el IES al iniciar y al finalizar la intervención y establecer una línea base de partida mediante el cuestionario SOC (se realiza la intervención y se pasa el SOC en una fase posterior).

9

Escuela de “Salutogénesis en familia” para futuros progenitores, en el servicio de Educación Maternal del Centro de Salud de Guadix (Granada)

ANA RUTH BERNARDO DE PAZ

Justificación: Todo está cambiando, la Educación tiende a ser más creativa y en el ámbito de la Salud hace ya décadas que propone un nuevo paradigma en la Salud Pública: La salutogénesis (Antonovsky, 1987) y el enfoque de activos en salud. Las aportaciones de las disciplinas sociales y psicológicas son determinantes para comprender el alcance de lo que significa Bienestar. El enfoque salutogénico es el siguiente escalón en la escalada hacia la salud integral. Sin embargo, sabemos que la principal debilidad de este mo-

delo es la ausencia de datos cuantitativos, pero tendremos que confiar en nuestro sentido común. Actualmente muchas familias, sin duda, se beneficiarían de un enfoque más salutogénico.

A todo esto además hay que añadirle que:

- Las conductas adictivas aparecen alrededor de los 10-14 años.
- Entre los 0 y 3 años se forma una gran parte de las bases en que se sustenta nuestra forma de ser, de decidir y de aprender.
- El 33% de las adolescentes gestantes sufre algún grado de depresión.

Parte 2. Lo que hacemos

- La principal vía de aprendizaje es por imitación.
- Los problemas de conducta durante la primera infancia, son buenos predictores de los problemas de conducta durante la adolescencia y la adultez.
- La familia es la principal fuente de influencia durante los primeros años del desarrollo infantil.

Por lo tanto habría que tener presente que “cuesta más cambiar un hábito que aprender una conducta nueva”, ya que el coste socio-sanitario (además del laboral, personal y familiar) que acarrea sobreponerse con éxito a una adicción o un trastorno mental sobrepasa con creces la inversión que requeriría fomentar los activos en salud que cada comunidad y cada persona posee.

Objetivos:

1. Difundir conocimientos sobre educación y bienestar emocional (como probable precursor del Sentido de la Coherencia): Debemos ser coherentes con lo que sabemos, y transmitirlo a la sociedad, dirigir nuestros esfuerzos hacia los futuros progenitores garantiza que apuntamos hacia la base de la sociedad, los que transmiten, y mejor hacerlo antes de que sus hijos/as aprendan lecciones difíciles de desaprender.
2. Dotar a las familias estrategias y recursos que permitan su actuación de un modo adecuado como educadores.

3. Concienciar a los padres de su importante papel como agentes de prevención de adicciones tóxicas y conductas adictivas. Empoderar a los padres como promotores de salud y bienestar.
4. Promover la autoeficacia percibida en las madres y padres como educadores.
5. Entrenar a los progenitores en la detección precoz de problemas conductuales dignos de atención y fomentar la búsqueda de ayuda.

Metodología: Poner en marcha una Escuela de Futuros Papis, que funcione como recurso permanente para los progenitores jóvenes captadas a través de la primera consulta del embarazo y el programa de Educación Maternal del centro de salud. Un taller dentro de 32 sesiones en 8 meses (1/semana) más seguimiento de 3, 6 y 12 meses - 1 y 1/2 hora de duración.

Resultados:

- Incremento de la autonomía y la autosuficiencia de las familias para responder a los retos que se plantean en el desarrollo social y personal de sus hijos/as.
- Empoderamiento de los progenitores y, como consecuencia, de los niños y la sociedad accitana.
- Aportar datos que inspiren estudios para responder a la pregunta ¿Qué es lo que convierte a un niño-a en una persona feliz y adaptada?

10

Fortaleciendo los lazos familiares en la adolescencia o Parentalidad positiva en la adolescencia

MAITE GORROTXATEGI LARREA

Justificación: La adolescencia es una etapa evolutivamente crítica en la que se va definiendo y arraigando la propia identidad personal, así

como hábitos de vida tan relacionados con la salud como los estilos de alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco y otras sustancias o las relaciones amorosas y sexuales. Por todo ello, la población adolescente es una

población diana prioritaria en los programas de promoción de la salud.

El modelo salutogénico plantea un nuevo marco de intervención, basado en las fortalezas de las personas y sus entornos, más que en sus déficit y riesgos. Sus primeros hallazgos empíricos parecen probar una correlación significativa entre indicadores de salud percibida y calidad de vida y el constructo denominado “Sentido de Coherencia” (SOC), desarrollado por su creador, Aaron Antonovsky. El SOC consistiría, de una forma sintética, en la confianza de que lo que a uno le ocurre en la vida es comprensible, es capaz de manejarlo o enfrentarlo y que tiene sentido esforzarse e implicarse en afrontarlo.

Las primeras aplicaciones del SOC a la adolescencia parecen remarcar el relevante papel que tiene el contexto familiar en el desarrollo del SOC en sus adolescentes y que un buen funcionamiento de la dinámica familiar puede facilitar experiencias positivas necesarias para desarrollar un fuerte sentido de SOC. En concreto, recientes estudios empíricos parecen señalar como factores relacionados positivamente con un alto SOC en sus hijos las relaciones positivas entre los progenitores, que los progenitores conozcan la vida de sus hijos, la facilidad para comunicarse y la frecuente expresión de afectos positivos.

Objetivos: El objetivo general de este proyecto es fortalecer las relaciones positivas entre los adolescentes y sus progenitores. De este modo, se trabajaría con los objetivos específicos para:

1. Mejorar las competencias (emocionales, relacionales y educativas) de los progenitores a

través de una intervención formativa, basada en metodologías activas y participativas.

2. Crear o fortalecer redes sociales de progenitores que favorezcan a su vez actividades conjuntas de progenitores y adolescentes

Metodología: La actividad central sería una escuela de padres, dirigida a las AMPAS de los IES implicados en el proyecto Forma Joven. Y sería esencial utilizar metodologías activas y participativas que faciliten el abordaje de aquellos temas de su interés, así como el intercambio de experiencias y conocimientos entre iguales.

- Como “materia Prima” se podría utilizar la guía para madres y padres del programa Forma Joven.
- Para cumplir con el objetivo de crear o fortalecer redes sociales de apoyo entre los progenitores de adolescentes, además de la propia actividad formativa, se animaría a madres y padres a organizar actividades conjuntas con sus hijas e hijos adolescentes.
- La intervención debería durar al menos dos años, para que se pudiera realizar al completo.

Resultados: Para evaluar los resultados de esta intervención se medirán indicadores de SOC y hábitos saludables, antes y después de la intervención, en tres poblaciones:

- Muestra representativa de adolescentes de 12 a 16 años de los puntos Forma Joven del Área Sanitaria.
- Madres y padres de estos centros que participen en el proyecto.
- Hijas e hijos de las familias que participen en el proyecto.

Grupos vulnerables

11

Activos en salud. Perspectiva salutogénica en el Punto Forma Joven Comunitario de la Zona Norte de Granada, Asociación Gitana Anaquerando

ALBERTO JOSÉ RUIZ MARESCA

Justificación: El programa Forma Joven de la Consejería de Salud fue creado para desarrollar experiencias desde la promoción de la salud en el contexto educativo. Su objetivo es el de cubrir lagunas en áreas como prevención de drogodependencias, relaciones afectivos sexuales, convivencia y género, alimentación y ejercicio físico, etc, actuando siempre en el contexto de referencia de los estudiantes de Secundaria.

Desde hace tres años, el Distrito Sanitario Granada ha exportado el programa Forma Joven a la comunidad sobre la que actúa, de forma, que tanto la actuación en sí como los profesionales que trabajan en Atención Primaria en estos equipos han tenido que adaptarse a un proceso de reciclaje formativo. Así se ha pasado de actuar en los IES a actuar sobre colectivos específicos y sobre comunidades concretas como por ejemplo los Puntos Forma Joven extra-educativos de la Universidad de Granada, Menores infractores con medidas judiciales, asociación gitana Anaquerando o menores en acogida.

Esta nueva línea de trabajo representa un desafío para los profesionales sanitarios, que les exige actuar fuera de los centros de salud, lo que implica cambiar la perspectiva asistencial y paliativa de su forma de trabajo y desarrollar nuevas habilidades de comunicación y trabajo. Pero además exige un cambio profundo en la misma institución sanitaria, que ha sido creada

para medir indicadores de salud según los procesos de enfermedad.

Esta nueva forma de actuar, empoderar a las personas y las comunidades como verdaderos agentes activos y mediadores donde éstas se desarrollan, resulta esencial, y esta es la idea de este proyecto.

Objetivos: Desarrollar el programa forma joven en la comunidad gitana de la Zona Norte de Granada, zona de transformación social, haciendo valer las características idiosincráticas de la población gitana, de su comunidad y de su entorno como verdaderos activos en salud.

Metodología: La asociación gitana Anaquerando se ha constituido recientemente en un punto Forma Joven comunitario, adscrito a la Unidad de Gestión Clínica Almanjáyar.

El proyecto a desarrollar es un trabajo de campo que tiene como finalidad dotar de una perspectiva salutogénica a las acciones educativas, sanitarias, sociales, económicas, culturales etc, que carezcan de ella y que son llevadas a cabo por Anaquerando sobre su población y su comunidad, y a su entorno, el barrio de Almanjáyar y Cartuja de Granada. Se trata de un trabajo intersectorial de campo cuya finalidad última es activar todos los recursos que puedan ser explotados por la comunidad, dotándoles de mayor autonomía e identidad y reduciendo, por tanto, las desigualdades sociales.

PRIMERA FASE:

- Identificación de los activos. Mapa de activos en salud de la comunidad.
- Identificación de actores implicados.

SEGUNDA FASE:

- Descripción de los activos propios de la población, comunidad y entorno.
- Descripción de los activos propios de la Asociación Gitana Anaquerando.
- Descripción de los activos propios de Salud (Centro de Salud, Distrito Sanitario y programa Forma Joven).

- Descripción de otros recursos intersectoriales implicados.
- Elaboración del proyecto salutogénico Forma Joven Comunitario.
- Divulgación y difusión.

Resultados: Desarrollar una experiencia salutogénica en una zona de transformación social y de escasos recursos mediante los agentes propios de dicha comunidad, la asociación gitana Anaquerando. Este resultado permitirá asentar las bases para una adaptación o definición del programa forma joven en el ámbito comunitario.

12

Identificación y difusión de activos en la localidad de Linares (Jaén) para mujeres que sufren o han sufrido violencia de género

EVA M^o CARRANZA MIRANDA

Justificación: Naciones Unidas, en su informe de septiembre de 2000, alertó sobre la situación de la mujer y cómo la violencia de género está presente en todo el mundo en mujeres de todas las edades y condiciones sociales. Si la mirada del profesional que interacciona con la mujer la ve solamente como víctima, su intervención contribuirá a la perpetuación de este rol. En este sentido, se debe actuar entendiendo a la mujer que sufre o ha sufrido violencia no únicamente como víctima. Además de reconocer y entender las consecuencias de la violencia sufrida por la mujer, hay que identificar, estimular y aprovechar aquellos factores y recursos que consigan potenciar su capacidad para mantener y aumentar su salud y bienestar.

En la localidad de Linares (Jaén) existen diversos recursos y programas que ayudan a la mujer en este proceso. Como en muchas otras áreas de in-

tervención, son diversas entidades las que ofertan recursos encaminados a cubrir distintos aspectos.

El conocimiento, coordinación, difusión y aprovechamiento de los activos en salud de los que dispone una localidad se presenta como una de las líneas de los Planes Locales de Salud que se enmarcan dentro de la nueva Ley de Autonomía Local y el anteproyecto de Ley de Salud Pública. Es dentro de este marco, desde un enfoque de salud positiva, desde el que se aborda la realización de este mapa de activos, que ayude a contribuir al empoderamiento de la mujer víctima de violencia de género, aumentando así sus niveles de salud y bienestar.

Objetivos:

1. Realizar la identificación de los activos con los que cuenta la mujer que sufre o ha sufrido violencia de género en la localidad de Linares.
2. Realizar la difusión de este mapa en diversos ámbitos (sanitario, educativo, fuerzas de seguridad, comunitario...) y entre los y las pro-

Parte 2. Lo que hacemos

fesionales que puedan interaccionar con las mujeres que hayan sufrido o que puedan estar sufriendo violencia de género.

Metodología: Las siguientes fases se realizarán dentro de los grupos motores que se están creando para el Plan Local de Salud de Linares, donde convergen las distintas entidades que ofertan recursos y los/ las principales profesionales que interactúan con las mujeres.

- Identificación y descripción de los distintos activos en salud y sus vías de acceso.
- Identificar los distintos ámbitos, sectores y profesionales en los que hay que realizar la difusión.

- Elaboración del mapa de activos en distintos formatos en función de población y medio al que va dirigido.
- Difusión del mapa de activos: Se seleccionarán los emisores y canales en función de la población a la que vaya dirigida.

Resultados: Con este mapa de activos se espera aumentar el conocimiento y acceso a los recursos que puedan ayudar a las mujeres a aumentar sus niveles de salud y bienestar, así como reorientar la mirada de los profesionales que interactúan con ellas hacia un modelo de salud positiva.

13

Grupos socioeducativos para mujeres: una experiencia de promoción de salud

ALICIA MALDONADO RAMOS

Justificación: El marco teórico al que responde esta experiencia es el paradigma de la Salutogénesis y el constructo del SOC, desarrollado por Antonovsky. Siguiendo la definición de Ziglio, un activo para la salud es cualquier recurso que potencie la capacidad de las personas para mantener la salud y el bienestar. Según Antonovsky, el SOC estaría compuesto por tres componentes clave: comprender (cognitivo), manejabilidad (comportamental) y significatividad (motivacional). De este modo, una persona con un alto SOC, tiene una percepción de salud alta.

Sin embargo, el SOC no es estático ni se detiene con la finalización de la adolescencia (aunque sea decisiva esta etapa), ya que el fortalecimiento del SOC es un proceso de aprendizaje significativo, por lo que es posible incidir sobre

el SOC del individuo estableciendo procesos de aprendizaje, que optimicen los Recursos Generales de Resistencia, de forma que pueda hacer frente a los desafíos y retos de la vida con mayor garantía de éxito y una mayor percepción de salud y bienestar.

Objetivos: La experiencia de los grupos socioeducativos para mujeres encaja perfectamente en el modelo salutogénico, ya que, partiendo de unas carencias que presuponemos son las causas del malestar, perseguimos los siguientes objetivos:

1. Reforzar los RGR (Recursos Generales de Resistencia).
2. Poner en valor los activos de la persona y su entorno.
3. Reforzar el SOC.

Aunque el punto de partida responda al modelo del déficit (mujeres de determinada edad que

sufren malestar y dolencias de origen no físico), el objetivo del taller es situarlas en un enfoque positivo de la propia salud y bienestar. Recuperar el control sobre su propia salud a través de sus capacidades personales y los recursos (activos) del entorno.

Metodología: La metodología utilizada es la de:

- **Implementación.** Los grupos se conformarán a través, fundamentalmente, de la derivación del EBAP (Equipo Básico de Atención Primaria). Tras una entrevista inicial, el grupo de 9-10 mujeres se reunirá semanalmente hasta completar las 8 sesiones. Los temas a tratar en las sesiones, aunque son flexibles para permitir la adaptación al grupo, giran en torno a la comunicación, la asertividad, la autoestima, la reestructuración cognitiva, resolución de problemas. Las sesiones tienen una parte teórica (a través de presenta-

ciones) y otra parte participativa, utilizando técnicas de dinámica de grupos y participación espontánea.

- **Evaluación.** Es cualitativa, con la que se pretende conocer si la autopercepción de bienestar ha cambiado en el transcurso de las sesiones. Además, contempla un espacio en el que las mujeres pueden expresar qué es lo más les ha servido del grupo. También se les pasa el test de Goldberg antes y después del taller.

Resultados: Los resultados arrojan, en el tiempo que lleva la experiencia en marcha, que la mayoría de las mujeres ven reforzado su SOC, ya que han cambiado su forma de afrontar los problemas de la vida diaria, han mejorado su percepción de salud y han disminuido su ansiedad, así como su dependencia de fármacos y consultas médicas.

14

Activos en salud en el centro penitenciario de Albolote (Granada)

SUSANA FERNÁNDEZ COELLO

Justificación: La prisión puede suponer en sí misma un activo y una oportunidad de cambio en salud. Hace más de medio siglo la OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Salud significa fuerza espiritual y capacidad de equilibrio para lidiar con los desafíos traídos por el dolor y por la dolencia.

En el libro *Medicina Antroposófica: un paradigma para el siglo XXI*, su autor, Wesley Aragao de Moraes, incluye dentro de este concepto amplio de bienestar los recursos materiales de subsistencia

y los recursos subjetivos del individuo: su ocupación, sus vínculos afectivos y materiales, que le dan soporte para estar bien y vivir bien en sociedad. También conforman este entramado las actividades interesantes y gratificantes para el individuo, que lo estimulen y lo hacen sentir activo y productivo.

Wesley llega de este modo al sentido de coherencia individual. Cada individuo debe encontrar para sí mismo una sensibilidad para entender o interpretar de modo positivo los diversos desafíos existenciales, insertándolos en un Todo que tenga un sentido, donde el ser humano encuentre algún significado en lo que piensa, siente, realiza y en todo lo que le acontece.

Parte 2. Lo que hacemos

Objetivos: El objetivo de este proyecto es encontrar estos activos en la prisión, un lugar en el que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan a la salud y al bienestar. Las prisiones pueden ser entornos para la salud, ya que en ellas existe la posibilidad efectiva de promocionarla.

Metodología: La metodología utilizada incluye en primer lugar un grupo motor de profesionales entre los que podemos incluir a los de la enfermería, del área socioeducativa, funcionarios y personal que trabaja desde asociaciones como Batá.

En cuanto a internos algunos son agentes de salud y pueden ser muy útiles para implicarlos en este grupo.

En prisión existe además el mayor activo de salud que pueda existir, el tiempo. En cuanto a recursos materiales existe un polideportivo, canchas, piscina, patios, salas comunes, el área sociocultural, la escuela y la biblioteca. Además, sería importante que los internos detectaran los activos que existen.

Resultados: La población de la prisión es inestable y sabemos que hay un alto consumo de drogas, por esta razón, hay que mantener programas eficaces de prevención, detección precoz y tratamiento de las toxicomanías y de las enfermedades asociadas, así como programas de reducción de daño. Si bien estos programas son esenciales y reportan beneficios individuales y colectivos, no deben ser los únicos que se ofrezcan.

Es necesario profundizar en otros aspectos que hacen posible la creación de salud. La Salud es ahora considerada un recurso para la vida y la gran mayoría de la población penitenciaria ha carecido de las oportunidades necesarias para adquirir y mantener la salud. Por esta razón, en ese momento de ruptura que provoca el encarcelamiento y de relativa tranquilidad, es posible que se acepten de buen grado programas de promoción de la salud, sobre todo si son atractivos y están unidos a mejoras tangibles y cercanas y pueden contribuir a avanzar en este movimiento de prisiones saludables y, a todas las prisiones en general, a profundizar en los activos que pueden promocionar la salud y facilitar una nueva oportunidad para el colectivo de reclusos.

15

Detección y análisis de los activos en salud de un grupo social vulnerable: La comunidad gitana

ANTONIO JESÚS RAMOS MORCILLO

Justificación: El modelo de activos tiende a acentuar lo positivo, las capacidades de las personas, familias y comunidades, la capacidad para identificar los problemas y activar soluciones, que promueven la autoestima de los individuos y las comunidades y que lleva a una menor dependencia de los servicios sanitarios profesionales. Este es el motivo por el que es importante determinar cuáles son

los activos que poseen las personas con riesgo de exclusión social ya que posiblemente difieran de otros colectivos sin riesgo de exclusión.

En la comunidad gitana coexisten varios de los principales ejes de desigualdad social descritos en la literatura tales como la pertenencia a una minoría étnica, territorialidad y a los que se podrían sumar otros. La comunidad gitana tiene una cultura que les hace tener unas particulares relaciones familiares, sociales y de adscripción a la cultura dominante. Así

mismo es importante resaltar la existencia de una estrecha relación entre las Desigualdades Sociales en Salud y los General Rersistent Resources (GRRs).

Objetivos: El objetivo general de este proyecto es realizar un mapeo de activos y para ello se trabajará en los objetivos específicos de:

- Determinar los activos descritos por ésta comunidad.
- Analizar las características que tienen en común los activos determinados por la comunidad gitana frente a otras sin riesgo de exclusión social.
- Analizar los activos detectados en distintos perfiles (algunos relacionados con los principales ejes de Desigualdades en Salud): mujeres, mayores, adolescentes, hombres...
- Triangular los activos determinados por la comunidad gitana frente a los determinados por población general y los propios profesionales.
- Obtener un listado de priorización de la importancia que le asignan a cada activo.

Metodología: Los métodos sobre los que se basarán la implementación estarán centrados en la realización de un trabajo de campo en el barrio de Arrayanes (Linares, Jaén), una Zona con Necesidades de Transformación Social.

En dicho trabajo se utilizarán como porteros a los líderes comunitarios de comunidad gitana (especial atención al tejido asociativo, fundación secretariado gitano y a la iglesia evangélica) para realizar distintos mapeos por distintos perfiles (mujeres, mayores, adolescentes, hombres, etc). Se perseguirá obtener una determinación de los activos por parte de las propias personas que conviven en su entorno y solo una vez agotado su discurso se les plantearán preguntas sobre qué piensan sobre otros activos que no hayan detectado.

Cada activo detectado será asignado a las siguientes categorías: poco importante, importante, muy importante. Se obtendrá también un mapeo de activos sobre personas que vivan en la misma zona y no pertenezcan a la comunidad gitana así como de los profesionales que trabajan en la zona.

Resultados: El resultado de este proyecto es tener una visión de conjunto de los activos de la zona. Se puede pensar que existan activos fuertemente puntuados en la estructura familiar, matrimonio y parentesco y en los servicios sociales. Podría a su vez pensarse que cada perfil explorado va a determinar activos distintos o los va a puntuar de manera distinta. Es posible que por la pertenencia a la comunidad gitana activos como la educación sean pobremente valorados.

16

Abordaje desde un modelo de activos en salud de población inmigrante temporera, modificando la reorientación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva desde los planteamientos de la salutogénesis en la Unidad de Gestión Clínica de Moguer (Huelva)

RAFAEL MARTÍN CAÑETE

Justificación: La localidad de Moguer (Huelva) recibe cada año, entre febrero y junio, temporada de la fresa, un gran número de mujeres,

de múltiples etnias, aunque cada vez más, de origen magrebí.

El modelo de déficits identifica, de forma reiterada, el mal uso que hace esta población de los recursos sanitarios impidiendo abordar

Parte 2. Lo que hacemos

planteamientos preventivos y de promoción de salud (mal seguimiento de embarazos, elevado número de interrupciones voluntarias de embarazos, malos hábitos higiénicos y dietéticos, nula valoración de patologías laborales...), probablemente por desconocimiento e inadecuación de estos a las necesidades reales, creando recelo, tanto desde los Servicios de Salud hacia esta población, como al contrario. Todo ello está agravado por la incoordinación de organizaciones (Ayuntamientos, Cruz Roja, Organizaciones empresariales, etc.) que consumen esfuerzos y recursos, sin resultados efectivos y eficaces.

Objetivos: El modelo de activos, pretende generar un marco de relaciones colaborativas, con el objetivo de satisfacer necesidades de todos; aunando expectativas, conocimiento mutuo y trabajo coordinado. Reorientando la Programación para generar un marco de relaciones colaborativas, que dé respuesta a todas las partes, con el objetivo de satisfacer necesidades de todos.

Metodología: Al hablar de la metodología hay que tener en cuenta que hemos creado un sistema de prestaciones a esta población, sin contar ni con ellos ni con sus empleadores, que son quienes mejor les conocen. Por lo tanto, desde el modelo de activos proponemos partir del conocimiento de empleadores, mediadores y ONGs, identificando como activos a integrantes de esta población, con determinadas características:

- Ser interlocutores válidos para el grupo.
- Con contactos previos, si es posible satisfactorios con el sistema sanitario (p.ej. con el programa de salud sexual y reproductiva).
- Posibilidad de liberar parcialmente por empleadores, el tiempo dedicado a formación/ conocimiento (un día semanal, con duración total de dos semanas).
- Su aceptación.

Diseñando, mediante metodología participativa un programa que diera respuesta a las siguientes cuestiones:

- Expectativas respecto de los servicios sanitarios, ONGs, Mediadores...
- Programa formativo divulgativo desde el Centro Sanitario de los recursos disponibles por los distintos integrantes a su disposición, aprovechando para inmersión en el funcionamiento de los Centros.
- Vías de acceso.
- Alcanzar un compromiso mutuo de colaboración, permitiendo agilizar la consulta entre las partes.

Al finalizar los integrantes del grupo obtendrían:

- Mayor conocimiento del sistema y potencialidad.
- Un modelo de hacer uso de estas.
- Reconocimiento por parte del Sistema (diploma).
- Accesibilidad a los distintos interlocutores (teléfonos, y otros).
- Compromiso de ser valedores de su transmisión a sus iguales.
- Un compromiso por parte del contratador a valorar los términos.

Resultados:

- Mejorar el conocimiento mutuo.
- Facilitar la confianza entre las partes.

Además, a partir del segundo grupo, incorporar un modelo cuantitativo para mejorar medidas en términos de salud y eficiencia de los recursos, seguimiento de embarazos, número de IVEs (Interrupción Voluntaria del Embarazo), uso de recursos, urgencias, servicios de planificación, disminución de consultas por agresiones, bajas laborales... A todo ello, y con el tiempo, se podrían incluir indicadores en relación con las expectativas cubiertas de esta población.

Acción local

17

Proyecto sobre mapa de activos en salud en la población de Barbate (Cádiz)

DANIEL JESÚS LÓPEZ VEGA

Justificación: Barbate es un municipio de Cádiz dividido en tres núcleos poblacionales: Barbate, Zahara de los Atunes y Zahora. Con una población de 22.977, existe equilibrio en la ratio entre hombres y mujeres. Tiene un porcentaje de menores a 20 años del 22,85% y de mayores de 65 años del 13,23%.

En este municipio costero de la Comarca de la Janda, hay registrados 755 extranjeros cuya principal procedencia es Marruecos.

En cuanto al mercado laboral, Barbate ha sido tradicionalmente un pueblo pesquero de la que es extensamente conocida la pesca del atún según el arte de la almadraba. En 2.009 el paro registrado era ligeramente superior en mujeres que en hombres. En esta población hay varios núcleos que han sido señaladas como Zonas Necesitadas de Transformación Social: Barriadas Blas Infante y la Paz, Centro Este y Oeste.

Barbate es una zona con una alto potencial para el turismo con una muy buena calidad en sus 25 kilómetros de costa.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es fomentar el desarrollo comunitario a través del empoderamiento y protagonismo de sus habitantes y grupos. Esto se realizará mediante la creación de un mapa de activos en salud que favorezca la percepción sobre los recursos personales, sociales y naturales que tienen cada comunidad y desarrollando actividades que fomenten, poten-

cien y pongan en valor dichos activos. Todo esto se realizará teniendo en cuenta el aprendizaje necesario para cambiar la perspectiva de realizar estudios basados en las necesidades y aprovechar los aspectos positivos de las comunidades.

Metodología: La actividad será liderada por la Delegación de Salud del Ayuntamiento de Barbate, que la organizará y coordinará, fomentando la participación ciudadana. En un primer momento se buscarán informadores claves, que por su pertenencia al movimiento asociativo representativo de distintas actividades o por el desarrollo de su profesión, puedan determinar los activos de salud idiosincráticos de la zona y de la forma de ser de los barbateños.

Una vez que se haya encontrado una muestra representativa de todos los sectores, edades y género se realizarán entrevistas individuales y grupos focales, que ayudarán a que los participantes expresen la visión sobre la salud y sobre los aspectos que creen la fomentan dentro de su entorno.

Las entrevistas individuales comprenderán de 8 a 12 preguntas e irán orientadas a fomentar la participación de personas concretas en la actividad a través de la reflexión que se genere en torno a cada ítem.

Los grupos focales de la misma forma irán dirigidos a personas con características homogéneas y servirán para hacer patente la visión sobre aquellos aspectos que puedan detectarse.

Parte 2. Lo que hacemos

Los datos recabados se transcribirán y a través de una investigación cualitativa se detectarán los aspectos concretos que llevan aparejado un activo en salud (categorías y metacategorías).

Resultados: El resultado final será la creación de un mapa de activos que reflejará todos aquellos aspectos que los participantes hayan considerado

como oportunos por su significado en cuanto a la salud. Se desarrollará a través de un instrumento visual que pueda ser utilizado posteriormente para establecer estrategias para potenciarlos. Irá acompañado de un informe que asociará dichos activos en salud con el conocimiento científico que los avala como tales. Con ello se pretende una confluencia entre el conocimiento científico y la inteligencia grupal de todos los participantes.

18

Mapa de activos en las barriadas de La Piñera y el Saladillo, de Algeciras (Cádiz)

**M^a INMACULADA CEBALLOS BENITO
Y CARMEN MONTAÑO REMACHA**

Justificación: Las barriadas de la Piñera y el Saladillo, ubicadas en la zona sur de la ciudad de Algeciras (Cádiz), están separadas por una frontera vial, la antigua nacional 340 de Cádiz a Málaga, y una natural, el Río de la Miel, que las separa del resto de la ciudad. Su desarrollo urbanístico ha sido, en algunos casos, algo anárquico. Durante todo este tiempo, la zona ha acogido, mayoritariamente, a los sectores de población que presentaban unos mayores niveles de vulnerabilidad y exclusión, con bajo nivel económico.

La construcción de la Piñera se llevó a cabo al final de la década de los 50 para dar alojamiento al fuerte incremento demográfico procedente de otras poblaciones, mediante distintas actuaciones urbanísticas, con promociones independientes e incluso casas construidas por los propios vecinos del lugar. El Saladillo fue creado también para dar un hogar a personas que demandaban vivienda y poseían una situación económica muy precaria. Sin embargo, la urbanización del Saladillo se debe a una única actuación urbanís-

tica promovida por el Ministerio de la Vivienda. En su urbanización inicial, el Saladillo era un barrio con unas casas de paredes blancas y ventanas verdes, con grandes avenidas, que supuso un revulsivo para muchas personas con una situación económica precaria, que se trasladaron allí, entre ellos personas de etnia gitana, creando una asociación de vecinos muy activa.

Hoy en día en estos dos barrios se concentra aproximadamente el 20% de la población de Algeciras (22.000 habitantes) en algo más de 3.500 viviendas que albergan una diversidad cultural importante. Dispone de biblioteca municipal, centro de día para personas mayores, centro de salud, instalaciones deportivas y un parque con zona de juegos infantiles.

Hasta el momento todas las intervenciones que se han desarrollado en estas barriadas declaradas zonas con necesidades de transformación social se han planificado desde el modelo del déficit. Por ello, y aprovechando el tejido asociativo vecinal existente en ellas, se plantea reflexionar sobre lo que ya tiene la comunidad.

En la práctica significa hacer lo siguiente:

- Descubrir qué es lo que ya está funcionando.

- Promover el proyecto basado en lo que se intenta conseguir, en vez de en los problemas.
- Apreciar los recursos en cuanto la gente habla entre ella, están trabajando en las soluciones.
- Construir activamente capacidad y confianza entre comunidades y los profesionales.
- Implicar a todo el sistema.
- Definir qué es lo que se necesita alcanzar respecto al futuro.
- Identificar las estructuras, procesos y sistemas que están impidiendo alcanzar este futuro.
- Asegurar la sostenibilidad a largo plazo de las soluciones y del proyecto.

Objetivos: El objetivo que se pretende con el proyecto es la realización de un mapa de recursos de estas barriadas, a través del cual los vecinos descubran las potencialidades ocultas y fortalezcan la red de relaciones y apoyos mutuos existentes.

El enfoque de desarrollo comunitario basado en las capacidades o recursos es un conjunto de principios y una forma de entender el mundo que:

- Identifica y hace visibles los recursos promotores de salud en una comunidad.
- Considera a los ciudadanos y comunidades como co-productores de la salud y el bienestar.
- Promueve las redes, relaciones y amistades comunitarias que pueden proporcionar cuidado, ayuda mutua y empoderamiento.
- Valora lo que funciona bien en un área.
- Identifica lo que tiene el potencial de mejorar la salud y el bienestar.
- Apoya la salud de los individuos y su bienestar a través de la autoestima, ingeniando estrategias, desarrollando habilidades de resiliencia, relaciones, amistades, conocimientos y recursos personales.
- Empodera comunidades a controlar su futuro y a crear recursos tangibles tales como servicios, fondos y edificios.

Metodología:

- Constitución del grupo central que impulsará el proceso (grupo motor).
- Contacto con los individuos o grupos que son activos en la comunidad (constituyendo tanto redes formales como informales). Este paso identificará los individuos que pueden hacer el mapa.
- A través de conversaciones cara a cara, estos individuos recopilan los recursos y talentos de los individuos de una comunidad. Los residentes implicados reclutan más gente para ayudar, que, a su vez, prosiguen “mapeando” (identificando) más individuos.
- Identificación de los recursos y activos de asociaciones locales, clubs y voluntarios.
- Mapeo de los recursos de agencias, incluyendo los servicios que ofrecen, los espacios físicos y los fondos que pueden aportar, además de las plantillas y redes que tienen. Dependiendo de la visión local, los mapas pueden extenderse para incluir los recursos físicos, económicos y culturales.

Resultados: Se pretende obtener un mapa de recursos, habilidades y talentos de individuos, asociaciones y organizaciones que existen en las barriadas de la Piñera y el Saladillo. En el mapa se identificarán y representarán los vínculos entre las diferentes partes de la comunidad y las organizaciones. Se usará este conocimiento para revitalizar las relaciones y el apoyo mutuo, además de con el fin de reconstruir las comunidades y los vecindarios y redescubrir el poder colectivo.

Discusión:

1. Es fundamental el establecimiento de un objetivo relacionado con la creación y mantenimiento de una red conformada por todos los participantes que sirviera de sustento a todas las acciones que se fueran a realizar y permitiera su desarrollo planificado, compartido y continuado.

Parte 2. Lo que hacemos

2. La red permitiría compartir el conocimiento, la acción coordinada y la colaboración entre los distintos protagonistas presentes en la comunidad: Administración, recursos técnicos, ciudadanía.
3. La red pondría énfasis en el enfoque participativo que debe tener el proyecto, de modo que el empoderamiento de la población se hace evidente.
4. La visibilidad de la red posibilitaría la puesta en común de los recursos existentes, optimizando los resultados, porque a lo mejor, lo importante no es que todo el mundo participe a la vez, sino que aquel que lo quiera hacer en un momento determinado pueda hacerlo.
5. La red podría poner en valor lo que ya existe o se hace y posibilitar su difusión.

19

Creación de una mesa intersectorial para identificar los activos en salud en el municipio de Alozaina (Málaga) con gran cantidad de demanda asistencial

PATRICIA FUENTES LOZANO

Justificación: El municipio de Alozaina se encuentra situado en la comarca de la Sierra de las Nieves a unos 52 km de la capital (Málaga). Tiene una población total de 2.221 personas y a pesar de ser un municipio situado en un entorno con gran valor ecológico, desde el Distrito Sanitario, se recoge anualmente una gran cantidad de demanda asistencial, además de un número considerable de reclamaciones por parte de la ciudadanía.

Teniendo en cuenta esta situación y los conceptos:

- “La Acción Intersectorial en Salud es la relación conocida entre parte o partes del sector de la sanidad con parte o partes de otro sector que se ha originado para pasar a la acción, con objeto de alcanzar objetivos de salud de una manera que sea más eficaz, efectiva o adecuada de lo que se lograría si el sector de la sanidad actuara sin ayuda”. (*Salud para Todos en el Siglo XXI*, Oficina Regional Europea de la OMS).
- Además entendemos por Activo en salud cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar. (Morgan A.y Ziglio E. 2008).

Proponemos un modelo de intervención basado en enfatizar el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y las fortalezas de la comunidad para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto. A través de la creación de la mesa intersectorial fomentaremos además la participación de los ciudadanos para transformarlos en agentes activos de su propia salud.

Objetivo: El objetivo principal de este proyecto es facilitar la coordinación de los distintos sectores implicados con la intención de buscar la aplicación efectiva de todos los recursos existentes para la mejora de la calidad de vida de la población.

Metodología: La puesta en marcha de este proyecto se iniciará con la convocatoria de los agentes que formarán parte de esta mesa intersectorial para poder explicarles el objetivo y la metodología a seguir. Los agentes que se llamarán serán los siguientes: Representantes de Ayuntamiento de Alozaina, trabajadores sociales de la U.G.C.

de Alozaina, representantes de las distintas asociaciones del municipio, dirección de la U.G.C. y Técnico de Salud del Distrito.

Una vez llevada a cabo esta primera toma de contacto, se crearán distintos grupos de trabajo, según el ámbito, para analizar los activos en salud tanto de los integrantes de la mesa intersectorial, como de los activos de la comunidad y ambiental existentes en el contexto. Se identificarán las zonas saludables y se analizarán tanto

lo que se puede hacer en el municipio, como lo que gustaría hacer.

Resultados: Los resultados esperados son, no sólo disminuir la demanda asistencial creciente de la zona, sino promover un modelo de intervención en promoción de salud basado en “salud positiva”, siguiendo la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable.

20

Planes municipales de salud y salutogénesis. Aproximación a los activos locales de salud

ANA CAROLINA ZANOLLA BALBUENA

Justificación: El presente trabajo pretende analizar desde el enfoque salutogénico y el modelo de activos en salud la experiencia de diseño, elaboración y ejecución de un Plan Municipal de Salud (PMS) en una localidad de la provincia de Málaga.

Asistimos a un momento trascendental, donde las sociedades desarrolladas han alcanzado niveles de salud inimaginables. La esperanza de vida ha aumentado

considerablemente y asociado surge el criterio de calidad de vida, vinculado principalmente al estado de salud y percepción de bienestar. Los PMS son el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realizan en materia de salud pública en un municipio, con la finalidad de proteger y promover la salud individual y colectiva.

Objetivos: Los PMS son un campo de trabajo local, un espacio de encuentro más cercano a la ciudadanía, donde ésta desarrolla su convivencia,

establece sus relaciones y construye su entorno. Dentro de este enfoque hay que tener muy presente la influencia de los determinantes de la salud (Dahlgren-Whitehead 1991) y el modelo de los activos comunitarios (Kretzman y Mcknight, 1993), que se sustenta en una metodología que enfatiza el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y la fortalezas de la comunidad.

La revolución epistemológica en Ciencias Sociales y de la Salud, con la ruptura del paradigma biomédico/patogénico, abrió paso a modelos biopsicosociales y ecológicos (Bronfenbrenner 1987), concibiendo la salud como un continuo de salud-enfermedad en un proceso dinámico que el individuo se mantiene a lo largo de toda la vida. (Antonovsky 1987).

Metodología: Para la elaboración del PMS se ha seguido una metodología de proceso, consensuada por distintos sectores institucionales. La identificación y registro de los activos de salud (Morgan-Ziglio 2008) se ha centrado en la na-

Parte 2. Lo que hacemos

turalidad interdepartamental de los recursos que oferta y tutela la Corporación Local, y otros sectores de relevancia que tradicionalmente no incorporaban, factores y/o determinantes de salud y que están fuera del sector sanitario.

Resultados: El resultado converge en la Salud como valor transversal y en la familia, las personas y el municipio como centro de la intervención. El mapa de activos locales ha sido el eje vertebrador del PMS y fruto del sistema de trabajo cooperativo y en red con la participación de la ciudadanía y los distintos sectores y agentes implicados para aprovechar todas las interacciones y sinergias posibles. Esta experiencia ha conseguido generar información y formación para fomentar la capaci-

dad de la reflexión crítica como recurso de salud y elevar los mecanismos de control.

Cuestiones para la discusión extraídas de la fase ejecutiva: ¿cómo adaptarnos a una metodología del nuevo escenario de trabajo en Salud, traducido en la gobernanza, el trabajo en red intersectorial e interniveles, con agentes y profesionales que convergen de distintos ámbitos, disciplinas y nivel de formación, para aunar un marco de contención y abordaje a las demandas de salud actuales?

¿Cómo adecuar las intervenciones y contribuir a la perspectiva salutogénica de la salud en la esfera individual y progresivamente al sentido personal y colectivo de la co-responsabilidad y la proactividad en Salud?

21

Mapa de Activos en el Plan Local de Salud de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

MIGUEL ÁNGEL CUESTA GUERRERO

Justificación: En la actualidad los Planes Locales de Salud (PLS) se manifiestan como un instrumento fundamental para la planificación y toma de decisiones en materia de Salud Pública. Se calcula que para el año 2030 “tres quintas partes de la población mundial se van a concentrar en ciudades grandes, medianas y pequeñas” (Morgan A. y Ziglio E. 2008). Desde este punto de vista se convierte en esencial una estrategia de la salud local basada en:

- Un modelo positivo de intervenciones sustentadas en los activos para la salud, entendidos estos como “cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar” (Kretzman JP,

Mcknight JL. *Building Communities from the Inside Out: a Path Toward Finding and Mobilizing a Community Assets*. Chicago: ACTA Publications; 1993).

- La integración de la salud como eje transversal en todas las políticas. (*Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*, OMS, 2010).
- La implicación de toda la comunidad en la identificación, priorización y planificación de los procesos de promoción de la salud.

La mayoría de los PLS parten de una visión epidemiológica del territorio. Este modelo de déficit es importante y necesario para identificar los niveles de las necesidades y prioridades, pero es necesario otras perspectivas que nos hagan tener en cuenta lo positivo y lo que funciona bien en una localidad determinada.

Objetivos: El objetivo de esta acción es introducir el modelo salutogénico en el PLS de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz) a través de la incorporación de los mapas de activos en el diagnóstico de salud del municipio (Kretzman JP, Mcknight JL. *Building Communities from the Inside Out: a Path Toward Finding and Mobilizing a Community Assets*. Chicago: ACTA Publications; 1993). En el sentido de lo establecido por Kretzman y Mcknight, pretendemos descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto comunitario.

Queremos complementar una primera aproximación a los de problemas y necesidades de las comunidades como forma de asignación de recursos y propia de la visión de los profesionales sanitarios, con un proceso de empoderamiento, capacitación y participación de la sociedad civil local, que nos permita Identificar y potenciar los Recursos Generales de Resistencia definidos por Antonovsky (Lindstrom B, Eriksson M. *Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development*. Health Promot Int. 2006), que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva.

Metodología: Metodológicamente reorientaremos las herramientas ya previstas para el análisis desde el punto de vista del déficit, incorporando la visión de la salutogénesis.

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

- Guía de recursos del municipio.
- Encuesta sobre salud percibida y activos en salud.

ANÁLISIS CUALITATIVO:

- Entrevista a Agentes claves.
- Grupos de discusión.
- Grupos técnicos de trabajo.
- Foro General de discusión.

Resultado: El resultado es disponer de una herramienta para reorientar la planificación de políticas públicas a nivel local que nos permita una foto, lo más global posible, de los problemas de salud percibidos por la población y su priorización, así como de las habilidades, experiencias, conductas, tradiciones y procesos que favorecen un alto Sentido de la Coherencia a de los individuos de la comunidad.

22

Incorporación del modelo de activos en la planificación de actividades de un plan local de acción en salud

BLANCA BOTELLO DÍAZ

Justificación: El proyecto de Red Local de Acción en Salud (RELAS) nace con la vocación de crear una metodología para la acción local en salud utilizando como ejes centrales la intersectorialidad y la participación comunitaria. Estos ejes ofrecen en cada municipio el diagnóstico preliminar de datos cuantitativos unido a un perfil

municipal de salud a través de datos cualitativos. Esta visión de la planificación de las actividades hace posible poder trabajar con los vecinos del municipio en áreas concretas priorizadas. Desde la promoción esta situación ofrece la oportunidad de apoyarles en un aprendizaje y de hacerles reflexionar sobre los factores positivos (activos) que también les generan salud. Este proceso de identificación de factores positivos completará la

Parte 2. Lo que hacemos

visión de los factores deficitarios y contribuirá a la creación de las actividades del Plan de Salud.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es incorporar los factores positivos (activos) en la planificación de las actividades de salud de un área priorizada del Plan Local en Salud.

Metodología: La metodología utilizada en este proyecto será la de una herramienta del modelo de activos y desarrollo comunitario, denominada “mapeo de activos”, para identificar en la comunidad aquellos factores positivos a nivel de individuos y de la comunidad para cada área priorizada del plan. Este instrumento pretende que los vecinos descubran las potencialidades ocultas de su comunidad, tejan una red de relaciones y de apoyos mutuos, que desemboquen en proyectos que mejoren la calidad de vida de la misma, y promocionen su salud.

El trabajo se realizará en varias secuencias y el liderazgo de la iniciativa recae sobre los agentes clave de cada grupo de trabajo establecido para cada área priorizada.

En una **primera fase** se establece para los agentes clave una sesión formativa que define el paradigma del modelo de activos y el mapeo de recursos. Posteriormente los agentes clave identificarán a los individuos o grupos que son activos en la comunidad que puedan realizar el mapa.

En una **segunda fase** se trazarán con el grupo de mapeo qué técnicas se utilizarán para recoger los activos presentes en los individuos, grupos (asociaciones formales e informales), organizaciones, economía local y cultura para cada área priorizada. Las técnicas serían de participación comunitaria como entrevistas, observación directa por la comunidad o photovoice, entre otras. El grupo de mapeo preguntará a individuos y organizaciones lo que hacen o tienen pero también lo que les gustaría hacer o están preparados para ofrecer.

En una **tercera fase** se comienza el mapeo según se haya definido para cada área priorizada del plan y se propone, a partir de esta información, qué activos y cómo se incorporarían en la planificación de las actividades de salud para plan local.

Finalmente se realizaría una sesión final a través de tertulias de café para evaluar cualitativamente cómo ha sido la experiencia.

Resultados

Los resultados de proceso serían actividades formativas realizadas, creación del grupo de mapeo y las técnicas seleccionadas para mapear. Los resultados finales serían la elaboración del mapa de recursos de la comunidad, las actividades de salud priorizadas del plan y la creación de nuevas alianzas en la comunidad.

23

Mapa de activos del municipio de Vívar (Almería)

VALENTÍN DÍAZ DEL VAL

Justificación: El ayuntamiento de Vívar, situado en el Poniente almeriense, forma parte del proyecto pilo-

to para el Desarrollo de Acción en Salud (RELAS), proyecto que ha sido impulsado por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

El Plan Local de salud de Vícar, tiene como punto de partida la elaboración de la “situación de Salud” o “Diagnóstico de situación del municipio”, análisis elaborado a partir de los datos estadísticos y epidemiológicos aportados por el Distrito Sanitario Poniente de Almería. A partir de dicho diagnóstico se procederá a la identificación de los problemas más relevantes del municipio. Como podemos observar, la metodología utilizada en el Plan Local de Salud, está basada en el modelo del déficit y de la enfermedad.

El proyecto pretende dar otro enfoque al Plan de Acción Local basado en la salud positiva o salutogénesis, proponiéndonos como punto de partida la elaboración de un Mapa de activos de la zona.

Este proyecto no parte de la experiencia de casi tres años de puesta en marcha del RELAS de Vícar. Uno de los activos con que contamos para la elaboración del Mapa es la propia experiencia del grupo motor constituido en el inicio del Proyecto RELAS.

¿Por qué un mapa de activos?

- Es una herramienta poderosa en la construcción de la comunidad.
- Hace que aprendamos lo que tienen que ofrecer las comunidades.
- Hace explícito el conocimiento, las habilidades y las capacidades que existen ya.
- Ayuda a hacer mejor uso de los recursos individuales, de las habilidades físicas y de la organización dentro de la comunidad.
- Ayuda a construir la confianza entre los profesionales y la comunidad local.

Objetivos: El objetivo es conocer las competencias individuales y comunitarias que mantienen estilos de vida saludable, mediante la creación de un mapa de activos de la zona.

Metodología: Los activos locales son un rico inventario de recursos disponibles para abordar cuestiones de interés local.

PRIMERA FASE:

- Presentación al grupo motor del RELAS de los principios básicos de la salutogénesis.
- Aprobar la elaboración de un mapa de activos de la localidad.

SEGUNDA FASE:

- El grupo motor es el impulsor del proceso y quien contactará con los individuos y grupos que son activos en la comunidad y buscará aliados.
- Identificación de activos y recursos. Se ha elaborado una plantilla “ad hoc”, para recoger los activos de las Instituciones, recursos culturales, recursos individuales, los recursos de las asociaciones y los recursos físicos de la zona.
- Elaboración del mapa de activos. Se dibujará un mapa que recoja todos los activos en salud de la zona.

TERCERA FASE:

- Difusión y Comunicación. Se hará una gran difusión a través de: Distribución de los mapas de activos en formato papel, a través de la página web del Ayuntamiento, en cuñas de radio local, en prensa local, en carteles publicitarios electrónicos, etc.

Resultados: La creación del mapa de activos nos va a permitir conocer los activos de la zona, crear alianzas y asociaciones, construir interdependencias, identificar las competencias y habilidades de la población y empoderar a la gente aumentando el control de su propia salud y mejorándola.

Plan de Acción Local en salud: RELAS. “Un enfoque positivo a nuestra mirada”

GRACIA FERNÁNDEZ MOYA

Justificación: Se define la Red Local como una estructura operativa de acción intersectorial en el entorno más cercano de la ciudadanía, por la que se establecen relaciones entre las personas, los grupos y la comunidad; se posibilita el desarrollo de actividades conjuntas; se generan conexiones entre las instituciones y otras entidades territoriales; y que permite la combinación de intereses de los diferentes actores, en el proceso de alcanzar objetivos comunes de progreso, compartiendo los recursos.

En el Área de Gestión Sanitaria de Almería (AGSNA), se inició en los municipios de Huerca-Overa y Pulpí, el desarrollo de la Red Local de Acción en Salud (RELAS), el objetivo elaborar una estrategia de acción local, mediante redes locales con los sectores implicados y alrededor de un nodo central: El Ayuntamiento, que representa el liderazgo del gobierno local. Se organizó un grupo motor con profesionales de equipos de salud y sobre todo de los ayuntamientos, quienes basándose en un Análisis Epidemiológico de cada municipio han priorizado sus líneas de trabajo.

Este análisis está dominado por un modelo de déficit: Identificamos problemas o necesidades y ofertamos recursos para su superación. Supone excesiva dependencia de los recursos sanitarios y una visión de la salud muy limitada a la ausencia de la enfermedad.

La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud, focalizando la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

Objetivos: El objetivo general de este proyecto es revisar el Plan de Acción local de Salud desde

un enfoque de salutogénesis. Además de los objetivos específicos de:

1. Identificar y desarrollar los activos con los que cuenta la Comunidad como factores protectores para mejorar su nivel de salud y bienestar.
2. Identificar y desarrollar los activos con los que cuentan las personas o los colectivos, que promueven salud y generan bienestar en nuestros municipios (utilizando como herramienta el cuestionario SOC).
3. Difundir los activos en salud identificados, darlos a conocer a ciudadanos y profesionales de la salud.
4. Formar a profesionales de nuestros centros en promoción de la salud con un enfoque de salutogénesis.

Metodología:

- Revisión del diseño plan de Acción Local con una visión de activos para la salud.
- Revisión del mapa de salud realizado en cada municipio, cambiar el modelo de déficit a un modelo basado en activos para la salud.
- Elaboración de un mapa de Activos Comunitario en cada municipio.
- Análisis de los activos Individuales. Iniciar en adolescentes de institutos de los municipios.
- Actividades formativas para los componentes del grupo motor y profesionales sanitarios.

Resultados:

- Plan de acción local basado en activos.
- Mapa de activos en salud de cada municipio.
- Este nuevo enfoque en Salud Pública nos permitirá identificar y aprovechar los recursos o activos en salud de las personas o colectivos para mejorar su nivel de salud y bienestar.

Taller educativo para el fomento de Hábitos Saludables en Barrio con Necesidades de Transformación Social (ZNTS). Enfoque centrado en los Activos de Salud

ANA CORTÉS GALLEGO

Justificación: La realización de este proyecto parte de la definición de activo de salud como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar y ayudar a reducir las desigualdades en salud. (Morgan A. y Ziglio. E.). Además, para su puesta en marcha hay que considerar que a la comunidad se le atribuyen diversas capacidades: Como agentes activos del cambio, como poseedores del cambio, como constructores del cambio y como promotores del cambio y de sus condiciones vitales.

Objetivos: Este taller educativo tiene como objetivos: ofrecer conocimientos a los participantes sobre los estilos de vida saludables: La dieta equilibrada (Mediterránea), la actividad física, la deshabituación tabáquica y la higiene bucal; contribuir a empoderar a los participantes, mediante la formación, y hacer accesible determinadas formas o medios para construir una vida saludable.

Metodología:

Los destinatarios son madres, padres y otras personas cuidadoras, con hijos e hija en edad escolar. Se ha realizado 4 módulos prácticos:

- Elaboración de una merienda-cena saludable (con verduras crudas, frutas, frutos secos y queso).
- Realización de práctica de actividad física con monitores durante 2 tardes (tabla de gimnasia

en gimnasio y carrera al aire libre, con precalentamiento y fase de relajación).

- Realización de Coximetrías.
- Demostración del cepillado dental.

Con una metodología intersectorial se ha aprovechado el funcionamiento de estructuras creadas, como es el Plan de Barrios Municipal de Sevilla, y la participación ya habitual en sus mesas de trabajo de técnicos de Delegación Provincial de Salud. Estos actores comprometieron esta acción, gestionaron su realización y la supervisaron. Además hemos contado con los sanitarios del Centro de Salud y contratado expertos en promoción de actividad física. Antes de concretar las actuaciones se analizó y valoró la opción de usar el río de la ciudad o el parque del Alamillo para realizar la práctica de actividad física, además se consideró ir al mercado de abastos para hacer la selección de los productos que se presentaron en el taller de alimentación. Ambos activos no se emplearon por diferentes razones y fueron sustituidos por otros.

Resultados: La experiencia nos ofrece resultados del número de participantes y del grado de satisfacción expresado por los mismos. La experiencia fue valorada muy positivamente.

La actividad ha movilizado activos para la salud provenientes de las infraestructuras físicas y espacios, de las organizaciones y asociaciones locales, de las instituciones representadas en el barrio, y de los propios ciudadanos participantes. En concreto han sido: Plan de

Parte 2. Lo que hacemos

barrio, colegios, patio, portera del colegio, sanitarios locales, centro de salud, amas de casa, Asociación de discapacitados, trabajadores sociales del Plan de Barrio, técnicos en promoción de salud de Distrito y técnicos de salud

de Delegación provincial. Sin embargo no se tuvo en cuenta otros activos para la salud provenientes de la cultura y de la economía local, que de haberse utilizado posiblemente habrían influido en los resultados.

26

Reorientación del modelo de déficit al modelo de activos en salud en la Zona de Necesidad de Transformación Social de El Puche (Almería)

ISABEL MARÍA CRAVIOTTO MANRIQUE

Justificación: El pucho, un barrio de la periferia de Almería se originó en los años 70 a partir de las lluvias torrenciales caídas en la capital que dejaron sin vivienda a más de 2.000 familias. Para dar respuesta a esta situación se crearon 1.423 viviendas sin planificación urbanística que se han ido degradando. A esto hay que añadir la variabilidad de la población que se encuentra constituida en un 70 % de inmigrantes, siendo el resto autóctonos con un 15 % de etnia gitana.

El barrio se divide en tres zonas. Puche Norte que cuenta con 500 viviendas, donde el 31% son españoles y el 69% inmigrantes, se caracteriza por altas tasas de desempleo, bajo nivel educativo, alto índice de absentismo escolar, economía sumergida, baja cualificación profesional y tráfico y consumo de estupefacientes.

Puche Centro cuenta con 496 viviendas, de las cuales el 64% están habitadas por españoles y el 36% por inmigrantes.

Puche Sur cuenta con 427 viviendas con el 63% de población española y 35% inmigrantes y se caracteriza por escasa participación en la vida comunitaria, agresividad y violencia familiar, hacinamiento en las viviendas, falta de metas y dependencia de instituciones y ayudas sociales.

Debido a la falta de tejido social, desde el año 2008 se crea la Mesa Comunitaria de El Puche, una estructura de carácter comunitario donde participan representantes de entidades sociales, técnicos de los recursos públicos y vecinos/as. En 2011 se presenta un proyecto con el objetivo de organizar actividades que promuevan la reflexión del entorno a la Salud Comunitaria y el uso responsable de los espacios físicos.

Objetivos:

- Invertir las tendencias de degradación de las condiciones sanitarias de la población y de la salubridad pública con intervenciones públicas coordinadas y eficaces.
- Promover espacios para la cohesión social.
- Posibilitar actuaciones coordinadas entre las entidades sociales, recursos públicos, vecinos/as del barrio y administraciones públicas.
- Favorecer la participación activa para la transformación de la zona.
- Mejorar la imagen interna y externa del barrio.
- Trabajar la interculturalidad y la convivencia mediante la potencialidad de las señas de identidad a través de la música.

Metodología: El proyecto trata de aprovechar las distintas actuaciones realizadas en el barrio en materia de salud comunitaria como: Programa

socioeducativo de carácter comunitario para la recuperación de “el ingenio-el Puche”, jornadas de convivencia “Pucheando”, “Un millón de pasos”, talleres a población inmigrante, así como la creación de mesas comunitarias.

Además, hay que utilizar el deporte como elemento de convivencia y de canalización del tiempo de ocio.

Resultados:

- Actuaciones coordinadas entre las distintas instituciones dependientes, tanto de la administración local, autonómica y del Estado, para poder

ofrecer a la población la oportunidad de valorar las actuaciones y el presupuesto invertido en ellos y definir la canalización de las mismas.

- Dar respuesta a la demanda de colectivos de trabajar coordinadamente para multiplicar la inversión realizada.

Se ha de dar un giro significativo a la intervención de las administraciones públicas en la transformación de las condiciones de vida de los residentes, pretendiendo su mejora sustancial, de tal manera que se establezcan mecanismos que permitan la integración social de los vecinos y que sean ellos mismos los artífices de los cambios producidos en el barrio.

27

Búsqueda de activos en salud en una zona con necesidad de transformación social en Almería: La Chanca-Pescadería

ISABEL MARÍA MERCEDES TOBÍAS MANZANO

Justificación: El barrio de la Chanca, cuya población consta de 11.000 habitantes, de los cuales la mayoría de la población son de etnia gitana y con un alto porcentaje de población joven, se divide en tres zonas con características diferenciadas: Chanca Sur, Chanca Centro y Falda de la Sierra, donde predomina una alta tasa de desempleo, bajo índice de nivel educativo, alto índice de absentismo escolar, economía sumergida, tráfico y consumo de estupefacientes, baja cualificación profesional y aislamiento social con respecto al entorno urbano de Almería. En concreto en la zona de la Falda de la Sierra, predomina la escasa participación en la vida comunitaria, agresividad y violencia familiar, hacinamiento en las viviendas, falta de metas a largo plazo dependencia de instituciones y ayudas sociales.

Por todo lo anteriormente citado es importante intervenir pero desde la perspectiva de activos en salud y no sólo desde un modelo centrado en las carencias y necesidades de la zona. Hay que basarse en la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos y la creencia de que es posible cambiar situaciones anquilosadas en el tiempo.

Objetivos:

- Invertir las tendencias de degradación de las condiciones sanitarias de la población y de la salubridad pública con intervenciones públicas coordinadas y eficaces, incidiendo especialmente en zonas, colectivos y personas en situaciones de mayor riesgo.
- Formar una red de promoción de salud mediante la formación de mediadores de promoción de salud en el barrio, donde se combine el conocimiento con el fomento del desarrollo de la

Parte 2. Lo que hacemos

habilidad y la parte emotiva y afectiva y todo esto mediante dinámicas de grupo.

Metodología: El proyecto trata de aprovechar las distintas actuaciones realizadas en el barrio en materia de salud comunitaria como: “Por un millón de pasos”, “Semana de hábitos saludables”, taller “Nos cuidamos”, talleres con inmigrantes, talleres de personas mayores y el programa Forma Joven, se pueden realizar distintos grupos con las distintas asociaciones implicadas para identificar los activos en salud de los que dispone la población del barrio.

Es importante que los “protagonistas” de estas futuras decisiones sobre las intervenciones en el barrio deriven de las personas del

barrio y, sobre todo, de las personas que ejerzan mayor liderazgo.

Resultados:

- Eliminación de puntos de salubridad en los barrios y actuaciones de mantenimiento.
- Fomento de hábitos alimenticios saludables en la población.
- Coordinación en relación a las situaciones de dependencia.
- Atención a drogodependientes y familias y las relaciones con el resto de vecinos/as del barrio.
- Fomento de la salud de las personas mayores.
- Desarrollo de las propias herramientas personales para manejar las situaciones con las que se encuentran a diario.

Hábitos saludables

28

Promoción de la salud en el lugar de trabajo

GEMA DÍAZ ALONSO

Justificación: La Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT) introduce los objetivos de Salud Pública en el ámbito laboral para mejorar la salud y el bienestar de todos los implicados y aumentar el valor de la empresa como organización.

El lugar de trabajo propicia un escenario que los profesionales usan y moldean activamente, creando y resolviendo problemas relacionados con la salud. Estas personas pueden ser importantes iniciadores y promotores de estas actividades. En esta línea se sitúa el Programa Empresas Libres de Humo, enmarcado dentro del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.

Este enfoque positivo de la salud como completo estado de bienestar frente al de salud como ausencia de enfermedad, supone en el terreno laboral trasladar el punto de mira de la prevención de riesgos a la promoción de salud. Pretende que el individuo voluntariamente participe de los programas e intervenciones e inicie cambios hacia conductas más saludables.

PSLT, con su enfoque positivo de activos en salud, complementa a la tradicional prevención de riesgos y conecta de forma clara con el propósito de empoderamiento de las personas y comunidades.

Objetivos: Objetivo general de este proyecto es la protección de la salud, además de los siguientes objetivos específicos:

1. Fomentar el cambio hacia conductas alternativas saludables.
2. Reducir número de personas fumadoras y evitar el inicio o consolidación de la conducta.
3. Mejorar la salud y la calidad de vida de todas las personas.

Metodología:

- Participación efectiva de los trabajadores y directivos como una de las condiciones del éxito.
- Dirigido a todos los grupos del lugar de trabajo, incluyendo a trabajadores y directivos.
- Combina diversos métodos y abordajes: Individual (educativo), ambiental (eliminación del humo de tabaco) y asistencial (apoyo profesional).
- Las actividades se integran en la organización y las condiciones de trabajo de la empresa.

En la **implantación** se suceden las siguientes fases:

- **Fase 1.** Captación de empresas: Proactiva y reactiva.
- **Fase 2.** Compromiso de Adhesión y Evaluación inicial mediante encuesta de situación.
- **Fase 3.** Sensibilización-Información: informar sobre tabaquismo, alternativas terapéuticas, recursos y servicios existentes en el entorno y oferta de servicios para deshabituación.
- **Fase 4.** Tratamiento deshabituación tabáquica (empresa, servicios sanitarios, Quit-Line) Implicación y Formación profesionales de PRL y Salud Laboral, que se comprometen a dar continuidad al programa.
- **Fase 5.** Evaluación y seguimiento de la efectividad del programa, entre otros con encuestas de satisfacción para trabajadores y para la empresa.

Parte 2. Lo que hacemos

Resultados: Desde el inicio de este programa se ha contactado con un total de 756 empresas (públicas y privadas) y han iniciado 244 de ellas; 2.039 personas han asistido a las charlas de sensibilización y 3.978 participaron en terapia para la deshabituación tabáquica (gru-

pal o individual). En general la satisfacción tanto de las empresas como de los usuarios y usuarias es alta y el 92,3% de las empresas públicas, el 100% de las privadas y el 98,9% de usuarios y usuarias recomendarían en programa.

29

Incorporación de la visión salutogénica en los grupos de deshabituación tabáquica en adolescentes

MARÍA DOLORES MARTÍN PESO

Justificación: La realización de este trabajo nace tras tener en cuenta las intervenciones llevadas a cabo durante varios años con adolescentes fumadores de las localidades de Torredonjimeno y Fuensanta de Martos en la Sierra Sur de Jaén, actividades encaminadas a la prevención del tabaquismo en jóvenes de edades comprendidas entre 14 a 17 años.

Por un lado, se observaba que los jóvenes no abandonaban el consumo de tabaco porque determinados contextos potenciaban que esta conducta se mantuviera en el tiempo, desconocemos que factores facilitadores del cambio existen en esa zona para estos grupos de jóvenes. Por otro lado, y otra razón que justifica esta actuación sería que la demanda inicial en los talleres en cuanto al abandono del hábito tabaquito se convierte en un deseo de conocerse y de comprender mejor como moverse en el ámbito de las emociones.

Objetivos: El objetivo general es generar un mapa de activos para potenciar un desarrollo positivo en los jóvenes de los IES de Torredonjimeno y Fuensanta de Martos. Para ello se trabajará con los objetivos específicos:

1. Conocer el mapa de activos de jóvenes fumadores (chicos y chicas).
2. Conocer el mapa de activos de jóvenes no fumadores (chicos y chicas).
3. Comparar y analizar los mapas de activos de fumadores y no fumadores.
4. Comparar y analizar los mapas de activos de chicos y chicas fumadores.
5. Comparar y analizar los mapas de activos de chicos y chicas no fumadores.

Metodología: La realización de este proyecto comenzará con la extracción de una muestra representativa de la población, en los IES Acebuche y Sto. Reino en Torredonjimeno y en el IES Fuente de la Negra en Fuensanta de Martos, de edades comprendidas entre 14 y 17 años de los cursos: 4ª ESO y 1º y 2ª Bachiller. Se estima que el 70 % de los adolescentes son NO Fumadores y el 30% son Fumadores. Y que las chicas fuman más que los chicos.

De estos resultados extraemos:

- Número de activos que coinciden en todas las poblaciones de la muestra.
- Al menos 3 activos: A nivel personal, a nivel familiar y del entorno.
- Número de chicos fumadores en cada nivel.

- Número de chicas fumadoras en cada nivel.
- Número de chicos NO fumadores en cada nivel.
- Número de chicas NO fumadoras en cada nivel.

Resultados: El resultado principal es conocer el mapa de activos que correlacionan entre fuma-

dores y NO fumadores y buscar en las diferencias cómo potenciar los activos en salud de los jóvenes. Con esta acción lo que se persigue es que los jóvenes ocupen el espacio que les viene dado y que les corresponde y que por diversos factores no es así en todos los entornos.

30

Consultas de consejo dietético intensivo desde la perspectiva de activos en salud y salutogénesis

MARÍA INÉS ORTEGA MARTÍNEZ

Justificación: El modelo salutogénico (Aarón Antonovsky, 1987) pone énfasis en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad. Éste modelo establece al menos tres diferencias fundamentales:

- La Salud vista como un continuo que se desplaza desde el polo de la salud o bienestar, hasta el polo del malestar u enfermedad, abandonando la dicotomía de sano u enfermo.
- Las actuaciones en prevención de salud se dirigen al conjunto de la población y no a las personas enfermas o con alto riesgo de padecer enfermedad.
- El objetivo es centrarse en los factores promotores de salud y no en los factores de riesgo.

A mediados de 2010 se inició en Atención Primaria (AP), de forma progresiva, la puesta en marcha de las consultas de Consejo Dietético Intensivo (CDI) dirigidas a la población dispuesta a cambiar sus hábitos de alimentación y actividad física hacia un modelo de alimentación sana y equilibrada y de ejercicio físico adaptado a sus necesidades individuales. En estas consultas se realizan intervenciones individuales y talleres grupales, cuyo objetivo es enseñar a

comer de forma sana y equilibrada así como la actividad u ejercicio físico diario necesario para cada persona.

Metodología: Teniendo en cuenta lo anterior y en un intento de adecuar las consultas del CDI al modelo de activos en salud con un enfoque salutogénico y sentido de coherencia, es importante incorporar en su metodología: El mapa de activos comunitarios para cada una de las localidades donde se realiza la consulta y la identificación/realización del mapa de activos individuales, con los que pueda contar cada una de las personas a las que se les realiza el CDI.

Hay que incorporar en el mapa de activos de la comunidad a los fisioterapeutas de la UGC (Unidad de Gestión Clínica) que orientarán y enseñarán los ejercicios físicos (actividad, estiramientos,...) necesarios para cada individuo. También hay que incorporar los recursos con los que cuenta la comunidad y que faciliten la realización de ejercicio y actividad física: rutas saludables, programa “Por un millón de pasos” e instalaciones deportivas municipales, Escuela de cocina... Un recurso es poder trasladar los talleres grupales a las asociaciones de amas de casa con el objetivo de transmitir conocimientos

Parte 2. Lo que hacemos

y dotar de habilidades para que puedan elaborar en sus domicilios una dieta sana.

En el mapa de activos individuales hay que identificar los recursos personales para llevar a cabo los cambios de hábitos y conductas.

Al inicio de la intervención, una vez finalizados los talleres grupales y durante la fase de seguimiento del CDI (3, 6 y 12 meses del inicio de la intervención), se pasarán los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.
- Cuestionario de ejercicio físico (IPAQ).
- Peso, talla y perímetro abdominal.

Se pasarán al inicio y al final de la intervención:

- Test de salud percibida.
- Test de autoestima.

Se pasarán al inicio de la intervención:

- El Cuestionario del Sentido de Coherencia (SOC29).

Resultados:

- Mayor adherencia a la dieta mediterránea.
- Aumento de la actividad / ejercicio físico diario.
- Disminución del índice de masa corporal (IMC).
- Aumento de la salud percibida.
- Aumento de la autoestima percibida.

31

Mapa de activos y obesidad infantil

BEGOÑA GIL BARCENILLA Y ELISA VIZUETE REBOLLO

Justificación: En Andalucía, el sobrepeso y la obesidad infantil es un problema de salud pública relevante ya que afecta a un tercio de los niños/as de 6-12 años (1). Su incremento se asocia al aumento de las conductas sedentarias, la falta de actividad física y a pautas de alimentación poco saludables. Es el marco de lo que se ha llamado sociedad obesogénica.

Las administraciones, en general, sólo ven a las comunidades como fuente de problemas y necesidades y no son capaces de ver que las soluciones pueden venir de ellas mismas.

Frente a este enfoque, en negativo, la propuesta es hacer un mapa de activos en salud para abordar la obesidad infantil (2).

Objetivos: Aplicar la metodología de mapas de activos al abordaje de la obesidad infantil desde un enfoque salutogénico.

Metodología: Descubrir mediante una metodología participativa, en la que niños y niñas tengan especial protagonismo (3), los activos existentes y potenciales de las organizaciones, asociaciones e individuos para fomentar estilos de vida y entornos saludables en la infancia y en sus familias (2).

EL PROCESO INCLUYE:

- Inventario de recursos, habilidades y talentos de los individuos, asociaciones y organizaciones.
- Las relaciones o lazos entre las diferentes partes de la comunidad y sus agencias.

Resultados: La intención de este proyecto es usar todo este conocimiento para revitalizar las relaciones y el apoyo mutuo y redescubrir el potencial poder colectivo de comunidades y barriadas.

Hacer un mapa o inventario es más que recoger datos e información. Es una herramienta de desarrollo y empoderamiento. El proceso es descubrir activos ocultos y potenciales en una comuni-

dad y crear nuevas relaciones y posibilidades (2). Se trata de trabajar con una nueva filosofía, recabando la opinión y la participación de los niños y tomándoles como referente y como garantía de las necesidades de todos los ciudadanos. No se trata de aumentar los recursos y servicios para la infancia, se trata de construir barrios y entornos diversos y mejor para todos, de manera que los niños y niñas puedan vivir una experiencia como ciudadanos, autónomos y participativos (3). Por tanto el proceso de construcción del mapa de activos debe contar con la participación de niños y niñas en la dinámica de elaboración de cada una de las categorías de activos.

Bibliografía:

1. Serra Majem L, et al. *Obesidad Infantil y Juvenil en España. Resultados del Estudio EnKid* (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003;121(19):725-32.
2. *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. Jane Foot and Trevor Hopkins. Improvement and Development Agency (IDeA) Healthy Communities Team. <http://www.bankofideas.com.au/Downloads/GlassHalfFull.pdf>
3. *La ciudad de los niños: un modo nuevo de pensar la ciudad*. Tonucci, Francesco. Fund. Germán Sánchez Ruipérez 1998.

32

Proyecto para el incremento de la actividad física a nivel local desde la perspectiva salutogénica

MARÍA JESÚS GUTIÉRREZ

Justificación: El sedentarismo es considerado como el factor de riesgo, asociado a los hábitos de vida actuales, que más impacto tiene sobre la salud por su clara implicación en el desarrollo de numerosas enfermedades.

España es uno de los países más sedentarios de Europa. En 2005 se pone en marcha la Estrategia NAOS, coordinada por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN), dependiente del Ministerio de Sanidad. Esta iniciativa pretende sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física.

A nivel autonómico, el III Plan Andaluz de Salud concreta en sus objetivos diversas líneas

estratégicas vinculadas al ejercicio físico y a la alimentación saludable, orientando al mismo tiempo a la intervención desde el plano de lo local y a la generación y gestión de redes sociales desde las que se promuevan y reconozcan el protagonismo de la ciudadanía en las acciones vinculadas a su salud. En esa misma línea se elabora el PAFAE (Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008 en Andalucía).

La actividad física, promovida desde el entorno local municipal y desde la perspectiva de la salutogénesis está amparada por la ley de Autonomía Local de Andalucía y el Anteproyecto de Ley de Salud pública de Andalucía y debe contribuir a incorporar “la Salud en todas las Políticas”.

Objetivos:

1. Fomentar la práctica de ejercicio físico en todas las franjas de edad.

Parte 2. Lo que hacemos

2. Mejorar el estado de salud de la población a través del ejercicio físico.
3. Optimizar la autopercepción de la salud en las personas.
4. Disminuir la prevalencia y/o mejorar el control de las enfermedades relacionadas con el sedentarismo.
3. Identificación de los “actores del entorno” y formación del grupo motor de trabajo.
4. Implicación en el Proyecto del mayor número de personas y colectivos.
5. Utilización óptima de todas las herramientas ya existentes: “prescripción de ejercicio físico” desde el centro de salud, programas de promoción del hábitos saludables de los centros educativos, Rutas Saludables, programas de salud en las personas mayores, Proyecto “Millón de Pasos”, instalaciones deportivas, parques públicos...

Metodología:

- El proyecto se llevará a cabo en los municipios del Distrito Sanitario Metropolitano que elaboran su Plan Local de Acción en Salud (PLAS) durante el año 2011 y en colaboración con la Delegación Provincial de Salud.
- El “Manual de ruta” será la experiencia RELAS (Red Local de Acción en salud).
- El liderazgo lo asume el Ayuntamiento.

FASES:

1. Elaboración de un análisis de salud del municipio (datos demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos...).
2. Obtención de un Mapa de recursos y Activos saludógenos del municipio.

6. Definición de indicadores para evaluar el proyecto.
7. Trabajar en red, difundir y comunicar bien, poniendo el énfasis en los activos.

Resultados:

- La incorporación de cierta actividad física a la vida cotidiana en un elevado número de personas en cualquiera de sus variantes.
- Posibilidad de poder reproducir la experiencia en otros municipios.
- Ganancia en salud de la población.

33

Caminata “La vida sin tabaco sabe mejor”. Distrito Sanitario Costa del Sol (Málaga)

AUXILIADORA MESAS RODRÍGUEZ

Justificación: La actividad física (AF) tiene beneficios físicos, psicológicos, ayuda a dejar/mantenerse sin fumar, al control del peso y del estrés y a mejorar al estado de ánimo. Con alimentación equilibrada/saludable (AE/S) protege el sobrepeso, enfermedades cardiovasculares, metabólicas y osteoarticulares.

El III PAS (Plan Andaluz de Salud) y la OMS proponen políticas de Promoción de Salud (PS). El PAFAE

(Plan Andaluz para el Fomento Actividad física y la alimentación Equilibrada) fomenta AF-AE para prevenir enfermedad/discapacidad, mejorando la calidad de vida. El PITA (Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía) fomenta la colaboración entre profesionales y asociaciones de ciudadanos para aunar estrategias de promoción-deshabitación.

Así, con un enfoque de salud positiva y siguiendo la lógica de potenciar la capacidad de los individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar, haciendo fáciles y accesibles

bles las opciones orientadas al crecimiento y envejecimiento saludable; el Distrito Sanitario Costa del Sol (DSCS), en el Día Mundial sin Tabaco (DMST), ha convocado durante dos años consecutivos, simultáneamente en seis grandes municipios que abarca y en colaboración con asociaciones, Instituciones públicas locales (IL), centros educativos y sanitarios; la Caminata “La vida sin tabaco sabe mejor” para población de cualquier edad/sexo.

Objetivos:

1. Promover la AF como práctica cotidiana y alternativa al tabaquismo.
2. Informar de los beneficios de una vida saludable.
3. Sensibilizar a fumadores (F) para no fumar, realizando Intervenciones Básicas (IB).
4. Favorecer la participación ciudadana, intersectorial y acción social.
5. Promover sinergias con otros proyectos.
6. Promover la equidad.
7. Evaluar con perspectiva de género.

Metodología: La unidad de Promoción de Salud del Distrito Sanitario Costa del Sol coordina esta actividad con sus Centros de Salud y Unidades de Tabaquismo respectivas (Estepona Oeste, Lobilla, San Pedro, Leganitos, Albarizas, Lagunas, Fuengirola Oeste, Boliches, Torrequebrada, Arroyo de la Miel, Carihuela y San Miguel) en colaboración

con varios ayuntamientos (Estepona, Marbella, San Pedro, Fuengirola, Mijas, Benalmádena y Torremolinos), implicándose activamente en la organización/planificación y desarrollo la Asociación Española Contra el Cáncer en Benalmádena, Fuengirola, Mijas y Marbella (en esta también OAL Marbella Solidaria) y el Centro Comarcal de Drogodependencia del Ayuntamiento de Estepona.

Para la actividad se diseña una cartelería divulgativa, que incluye el logo de todas las entidades participantes.

Las caminatas se realizan los días 29/05/2009 y 31/05/2010 y se hacen coincidir con el proyecto “1 millón de pasos”. En la inscripción (gratuita) los profesionales sanitarios registran la edad, género y hábito tabáquico de cada participante. El recorrido urbano es diferente según el municipio y hay mesas informativas y sesiones de gimnasia, aeróbic o Tai Chi. Durante la jornada se entregan camisetas, folletos informativos y agua y fruta.

Resultados: La participación en 2009 fue de 962 personas y en 2010 de 844. Esta actividad además implica a técnicos, sanitarios, educadores, ayuntamientos, asociaciones, ciudadanos... En definitiva a toda la comunidad, en una actividad conjunta de Promoción de la Salud, visibilizando la importancia de elegir opciones saludables.

34

Enfoque salutogénico de la promoción de la actividad física infantil desde la consulta pediátrica del Centro de Salud de Mairena del Aljarafe (Sevilla)

TOMÁS GARCÍA MAESO

Justificación: La orientación salutogénica de la promoción de actividad física (AF) en consulta pediátrica de Atención Primaria, se basa en la identifica-

ción y potenciación de activos de salud, centrados en los niños y niñas y dirigido al desarrollo de habilidades personales y competencias de éstos para la práctica de AF. Para realizar esta orientación, deben tenerse en cuenta los siguientes componentes.

Parte 2. Lo que hacemos

1. Identificar experiencias previas y preferencias, actividades que más gustan, que resultan divertidas y placenteras. Se busca establecer una relación y experiencia positiva y placentera con la AF. Preferencias de AF con amigos, en familia, en solitario.
2. Buscar su participación activa en lugar de favorecer pasividad ante la elección y realización de AF. A medida que van siendo mayores, preguntar sobre lo que ellos y ellas pueden ofrecer a los demás, sus cualidades físicas y organizativas a desarrollar.
3. Identificar recursos y habilidades personales y familiares, como punto de partida.
4. Intensidad: moderada y alta. Incremento gradual buscando el logro de punto 1. Más que la intensidad, es importante la regularidad, la continuidad de AF (supeditar una a otra en función del punto 1).
5. Tipo de actividad:
 - Actividades deportiva y juegos de cualquier tipo, con énfasis en ejercicios dinámicos de grandes grupos musculares (desplazamientos, saltos, carrera, bailar, jugar, bici, etc).
 - Ejercicios de flexibilidad y movilidad articular.
 - Aprendizaje de reglas y normas de juego y prácticas de diferentes y variadas actividades.
6. AF en la vida cotidiana:
 - Evitar utilizar el coche en desplazamientos (compras, colegios, actividades extraescolares, a casa de familiares y amigos...).
 - Participar en tareas domésticas: limpieza, orden, jardín...
 - Subir escaleras.
 - Regalos: orientados a juegos activos: balones, bicis, patines, material de senderismo o montaña..
7. Entorno: variedad, AF en diferentes entornos y medios (tierra, agua, espacios cerrados y abiertos. Promover especialmente la AF, actividades y juegos, al aire libre.
8. Identificar recursos comunitarios y forma de acceder a ellos:
 - Polideportivos y clubs deportivos públicos y privados.
 - Carriles bici y vías de rutas sanas y seguras.
 - Jardines y parques
 - Centros culturales y cívicos
 - Actividades municipales, día de la bicicleta...
 - Actividades deportivas en centros educativos.
9. Perspectiva de género: hay pocas diferencias significativas entre niños y niñas de 5 a 11 años, todos y todas pueden practicar de todo.
10. Perspectiva intercultural. Evitar generalizaciones e identificar AF propias del entorno cultural y familiar.
11. Transversalidad: la AF puede servir para abordar otros aspectos salutogénicos de estilo de vida saludables:
 - Alimentación: hidratación adecuada, pues la termorregulación es menos eficiente. Aporte calórico adecuado en actividades de intensidad alta y continuada.
 - Protección solar en actividades al aire libre
 - Higiene personal y ropa adecuada: calzado y ropa adecuada.
 - Medidas protectoras externas: casco, rodilleras, recorridos seguros.
12. Madres y padres:
 - Programar actividades y juegos en fines de semana, vacaciones, cumpleaños y fiestas familiares.
 - Programar actividades en grupo, en familia, practicando el punto 2.
 - Programación y control de tiempo sedentario: ante TV y ordenador no más de 90'/día. Evitar TV en dormitorios.

Análisis desde la perspectiva de la salutogénesis de un Programa de Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo

AURORA MARTÍNEZ LOSCERTALES

Justificación: La realización de este proyecto parte de entender la perspectiva de salutogénesis como una focalización de la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y las comunidades para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren (Hernán y Lineros 2010) y que la promoción de la salud en el lugar de trabajo (PSLT) se refiere al esfuerzo en común de empresarios, trabajadores y la sociedad en su conjunto por mejorar la salud y el bienestar laboral de los trabajadores (Solé Gómez).

Un proyecto de intervención en esta línea de trabajo es un ejemplo de enfoque salutogénico, si se analiza desde el punto de vista de los activos para la salud, es decir desde la perspectiva de que se puede considerar que el marco laboral presenta ventajas incomparables como escenario para la promoción de la salud, especialmente para el empoderamiento y la capacitación para la autogestión, la cooperación y la participación en la autogestión de los recursos o activos de salud. Por ejemplo: La facilidad de acceso, la afinidad, el compañerismo y la coincidencia de intereses, factores todos que facilitan el ejercicio de presiones homogéneas que estimulen la participación y la gestión de la propia salud y la de la comunidad laboral la que se pertenece.

Objetivos:

1. Sensibilizar a los trabajadores de la importancia de la responsabilidad en el autocuidado de salud y los hábitos de vida saludables.
2. Contribuir a que cada uno de los trabajadores y trabajadoras de la organización conozcan sus

principales determinantes de salud y se marquen y logren objetivos personales de mejora de los mismos consecuentes a cambios positivos en sus estilos de vida.

3. Proporcionar a los trabajadores conocimientos y habilidades en materia de alimentación saludable y actividad física.
4. Ofertar capacitación para que los trabajadores puedan identificar y emplear a su favor los posibles elementos favorecedores y obstáculos que puedan influir en la consecución de un estilo de vida saludable.

Metodología: El programa se dividirá en 4 fases:

1. *Elaboración de un mapa de activos en Salud y evaluación de necesidades y elaboración de un compromiso de participación por parte de los gestores y los trabajadores.* El éxito de estas intervenciones depende en gran medida de que sean percibidas como una responsabilidad y necesidad de la comunidad y que se integren en los sistemas de gestión existentes.
2. *Señalización e Información.* Además de disponer una correcta señalización legal se establecerá un flujo constante de instrumentos promocionales, que contribuirán a la sensibilización, el conocimiento y atraerán la atención sobre la disponibilidad y la conveniencia de participar.
3. *Intervención.* Desarrollo de talleres e implementación de pautas y propuestas generadoras de la salud y ejecución de actividades saludables. En función de los activos y las necesidades detectadas y los compromisos adquiridos se desarrollarán las actividades de información, educación y promoción.

4. **Evaluación.** Se emplearán como indicadores primarios: la satisfacción de los trabajadores con las actividades, el grado de participación y la

motivación del personal autodeclarada y se reelaborará el mapa de activos y la detección de necesidades como punto de comparación pre-post.

36

Identificación de posibles activos en salud en una empresa del sector hortofrutícola

FRANCISCO JAVIER DOLZ LÓPEZ

Justificación: El ámbito laboral siempre se ha considerado un lugar estratégico para el desarrollo de programas y posibles activos en salud ya que en éste los trabajadores pasan una gran parte de su tiempo. En este caso pretendemos trabajar en la empresa Carchuna la Palma ubicada en un lugar privilegiado como es la Costa Tropical de Granada y que se dedica a la exportación de productos hortofrutícolas (frutas y hortalizas).

Objetivos: El principal objetivo es incidir en el desarrollo de muchos de estos activos para reorientarlos y hacerlos potenciales generadores de salud que puedan repercutir positivamente en el conjunto de sus trabajadores y clientes.

Metodología: El logro del objetivo pasa por emplear una metodología que implique la activación de un grupo motor de profesionales (profesionales en salud laboral, líderes naturales...) que desarrollen las actividades de promoción de la salud y que dispongan cuando sea necesario del apoyo de la Consejería, Distrito Sanitario o centro de salud de su zona (formación, material didáctico...) para poder ser empleados como activos que repercutan y motiven al resto de los compañeros.

Otra de las herramientas que pueden arrojar mucha información sobre posibles actuaciones en salud es

el empleo de cuestionarios dirigidos a los trabajadores que faciliten información sobre posibles necesidades percibidas en salud, así como otro tipo de cuestionario o lista de chequeo dirigido sobre el entorno que pueda indicarnos cuál es la situación de la empresa en relación a la promoción de la salud y que posibles mejoras o adaptaciones podrían llevarse a cabo para hacer de la empresa un entorno más saludable utilizando activos que ya tienen o recomendando la implantación de algunos que puedan carecer y sean fácilmente implementables (uso alternativo de escaleras, puntos de agua, aprovechar que comercializan fruta y hortalizas para fomentar su consumo, habilitar aparcamientos para bicis, aprovechar la climatología de la zona, etc.).

Resultados: Estas actuaciones y el empleo de otros cuestionarios de satisfacción dirigidos a los trabajadores esperamos que tengan unos resultados satisfactorios en lo que a la salutogénesis se refiere y a las posibles mejoras que podrían llevarse a cabo en la empresa. Además podría reforzarse, aprovechando que disponen de servicio de salud laboral con la realización de reconocimientos médicos pre implantación y post implantación del proyecto (un año de duración aproximadamente) con los trabajadores que voluntariamente se hayan implicado más en las diferentes actuaciones llevadas a cabo para así poder constatar si ha habido posibles mejoras en salud (analítica simple: colesterol, azúcar, tensión...).

Otros

37

Los activos en salud y el Sentido de la Coherencia en un programa de Rehabilitación Cardíaca

RAFAEL MUÑOZ DUEÑAS

Justificación: Nos proponemos incorporar los constructos Activos en Salud, salutogénesis, Sentido de la Coherencia (SOC) dentro de un programa de rehabilitación, evaluando los resultados y explicando cómo pueden influir en la mejora en salud de los pacientes participantes en el programa, tanto en sus capacidades físicas, como en su percepción de salud.

Objetivos: Incorporar objetivos del programa de rehabilitación y un mayor aumento del SOC (Sentido de la Coherencia).

Metodología:

1. IMPLEMENTACIÓN EN EL PROGRAMA:

Dentro del programa de Rehabilitación Cardíaca se establecerán varias sesiones con el Psicólogo experto en Promoción de la Salud. En estas, además de las técnicas de relajación y control de ansiedad, características de estos programas, se incidirá en la potenciación de los activos en salud de los pacientes, e incluso en la promoción y aprendizaje de otros nuevos de demostrada eficacia en la mejora del sentido de la coherencia y la salud percibida. (*Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales*, Mariano Hernán García. Carmen Lineros González. FUNDESFAM 2011.)

A estas sesiones se invitará a los familiares, pareja u otros, que suelen convivir de forma con-

tinua con el paciente, que influyan y se vean influidos por la enfermedad, hábitos, etc., o que tengan responsabilidades sobre la salud del paciente. Así, dentro de las sesiones sobre activos en salud, se trabajara la autoestima, capacidades, actitudes y aptitudes para manejar la situación de infarto y las distintas situaciones de riesgo venideras, así como las de disfrute personal. Se potenciara el cambio de hábitos poco saludables hacia otros más saludables, (desarrollo de actividad física, peso en rango normalizado, salud sexual, autopercepción de salud, autopercepción de felicidad, contribuir con la comunidad, relaciones positivas en la familia, valores sociales positivos, buenas relaciones con los pares, percepción significativa de la vida, satisfacción con la vida, etc.) buscando en estos además de la prevención de infartos, la mejora de la salud percibida así como la satisfacción ante los progresos observados, incrementando también la percepción de responsabilidad y competencia sobre la salud de cada uno de los individuos, así como su confianza en su capacidad para modificarla.

2. EVALUACIÓN:

- La evaluación se llevará a cabo mediante la técnica pretest – postest. Para ellos usaremos los siguientes cuestionarios:
 - SOC-29 (sentido de la coherencia). Versión estandarizada en Español.
 - SF-12 (Salud Percibida).
 - Cuestionario BECK (Escala desesperanza PT-10).

Parte 2. Lo que hacemos

- Test de Richmon (motivación para el abandono de consumo de tabaco).
- Todos ellos de forma autoadministrada.
- Se compararán los resultados con otros programas de Rehabilitación Cardíaca similares excepto en las sesiones de Psicología a modo de grupos control.
- Finalmente se evaluará la satisfacción general de los pacientes y familiares acompañantes con el programa.

Resultados esperados:

- Mejora en la salud medida y percibida.
- Decremento de los re-infartos.
- Mejora de la calidad de vida y bajada de los miedos post-infarto.
- Incremento actividad física moderada.
- Mejora del sentido de coherencia si se había visto comprometido tras el episodio cardiovascular.
- Refuerzo o adopción de hábitos de vida saludables.

38

El flamenco como activo para la salud

LOURDES MARÍA MARTÍNEZ MELLADO

Justificación:

Lugar: Distrito Sur, Centro de Barrio “la Constitución”, Jerez de la Frontera (Cádiz).

Actividad: Taller Permanente de Flamenco creado en octubre de 2010 (denominado Taller Alendoy).

Población Diana: Niños y niñas entre 8 y 16 años.

Duración: 9 meses.

Historia del Profesorado: Los integrantes de esta Formación Musical son niños que comenzaron en el año 2005 un taller de flamenco en la peña Fernando Terremoto de Jerez (Cádiz). Tras tres años de andadura son los jóvenes los que deciden difundir un valor tan característico de la cultura gitana, como es el arte de cantar, tocar y bailar. Así surge la Asociación llamada Soniquete de Jerez, que desarrolla el taller Alendoy.

Esta actividad estaría enmarcada dentro del modelo de los activos comunitarios (Kretzman & Mcknight 1993), ya que se sustenta en el desarrollo de las fortalezas de la comunidad (barriada

con raíces flamencas) para descubrir capacidades y talentos individuales (arte de los niños) existentes en el contexto. Así, es la propia comunidad la que reconoce su valor idiosincrásico y lo utiliza para reconocer sus talentos, habilidades, intereses y experiencias, otorgando un valor añadido a su propio entorno.

Desde la teoría salutogénica la actividad del flamenco desarrollada en el taller se consideraría como una característica del grupo o comunidad que facilita la gestión eficaz del estrés.

Por otro lado, destaca Antonovsky, la importancia del apoyo social como recurso crucial para el afrontamiento de sucesos adversos, que en este caso claramente se favorece con la asistencia y práctica de la actividad mediante el contacto con sus iguales, familia y comunidad. Se trataría de un Recurso General de Resistencia (RGR).

Objetivos:

1. Los integrantes del Grupo Musical buscan las cualidades artísticas a pie de calle (Activos Personales) preguntando a la comunidad, y procuran una primera salida profesional a los

niños y niñas del barrio. Además promueven el valor cultural idiosincrásico de su propia comunidad: el flamenco, y fomentan los sentimientos de pertenencia e identidad en los grupos y en su entorno.

2. Fomentar la incorporación de hábitos de conducta saludables, mediante la práctica de la actividad física del baile, ritmo... y fortalecer su autoestima buscando soluciones positivas a sus circunstancias y facilitando su integración social.
3. La implicación activa del taller posibilita el desarrollo de habilidades creativas como herramienta personal de formación y disfrute, rentabilizando su tiempo libre y apostando por el ocio cultural.
4. La actividad se utiliza como válvula de escape y canalización del estrés, de manera que los niños y niñas focalizan su atención en aspectos positivos de sus vidas alejándolas de sus dificultades y necesidades.

Metodología: Esta actividad se lleva a cabo a través de una metodología participativa, fundamentalmente lúdico-educativa. Mediante el aprendizaje significativo los destinatarios se convierten en los principales protagonistas de su propio aprendizaje, el cual se enmarca en dinámicas y actividades donde el juego es el pilar básico. Las técnicas de animación grupal es herramienta habitual.

Resultados: A través del desarrollo del taller Alendoy se cubren los objetivos previstos, además de llevar a cabo una gran labor de sensibilización y de difusión del flamenco, tanto en los niños y niñas como en los padres y madres que se ven implicados en la educación de sus hijos, sobre todo en lo que respecta a este hábito saludable de bailar y cantar y compartir la experiencia.

Con respecto a los resultados obtenidos, el grado de satisfacción expresado por los participantes y familias es muy alto, además de un firme incremento en la participación.

39

Estudio comparativo perfil SOC de profesionales del Distrito Costa del Sol implicados o no en tareas de educación/promoción de la salud

NURIA DELGADO SÁNCHEZ

Justificación: El enfoque “salutogénico”, Antonovsky, se centra en dos aspectos esenciales para el estudio de la salud. En primer lugar, identifica los Recursos Generales de Resistencia (GRRs) que ayudan a las personas a enfocar su vida hacia la salud positiva. En segundo lugar, Antonovsky aisló un denominador común para explicar la capacidad de algunas personas para hacer frente a terribles experiencias; a este mecanismo o disposición lo denominó Sentido de Coherencia (SOC), siendo la combinación entre ambos el

elemento principal de estudio de la salutogénesis (Lindström and Eriksson 2005).

El Sentido de Coherencia (SOC) se define como “una orientación global que expresa el grado en que la persona tiene una penetrante y duradera, aunque dinámica, sensación de confianza en que, a lo largo de la vida, los estímulos derivados de los entornos internos y externos están estructurados, pudiendo ser predecibles y explicables, existiendo recursos que están disponibles para compensar las demandas planteadas por estos estímulos, siendo estas demandas desafíos, dig-

Parte 2. Lo que hacemos

no de esfuerzo y compromiso para ser superados” (Antonovsky, 1987 , p. 19).

El sentido de coherencia es un patrón cognitivo-motivacional, en el que podría identificarse tres subdimensiones: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. A partir de estas subdimensiones, se podría definir de forma más completa al SOC como una orientación global que expresa (1) comprensibilidad, o la medida en que la persona tiene la capacidad de percibir los estímulos internos o externos como información ordenada, consistente, estructurada y clara, y no como algo caótico, desordenado o inexplicable, (2) manejabilidad, o el grado en que la persona cree tener a su disposición los recursos adecuados para hacer frente a las demandas planteadas por la vida, y (3) significatividad, o medida en que la persona siente que la vida tiene sentido emocionalmente y de que, a pesar de los problemas y dificultades, merece la pena invertir energía y esfuerzo en ella (Antonovsky, 1987).

El desarrollo de cada uno de los componentes del SOC está influenciado por distintos tipos de experiencias vitales relacionadas con los GRRs.

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo comparar el Sentido de Coherencia de los profesionales del Distrito Sanitario Costa del Sol implicados en tareas de promoción y educación para la salud, frente al resto profesionales que solo desarrollan tareas asistenciales; relacionándolo, entre otras variables, con: Edad, sexo, profesión, años de implicación en tareas de promoción/educación sanitaria, satisfacción laboral, calidad en la prescripción, nivel percibido de salud, y estilos de vida saludables.

Metodología: El estudio se llevara a cabo, mediante la aplicación del cuestionario SOC-29, a una muestra representativa de las distintas categorías profesionales y centros del Distrito en 2011.

Resultados: Como resultado esperamos encontrar un perfil diferencial en SOC entre este grupo profesional que elige voluntariamente implicarse en tareas de educación/promoción de salud en relación al resto de profesionales del distrito y valorar como se relaciona este perfil en SOC con el resto de variables estudiadas.

