

EDITORIAL

Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos

El enfoque de activos en las políticas de salud pública, investigación y práctica, pretende apoyar a los individuos, las comunidades y las organizaciones para la adquisición de habilidades y competencias que maximicen las oportunidades de salud y bienestar¹. Este enfoque se caracteriza por dos ideas principales. En primer lugar, se centra en las soluciones y no en los problemas. Es decir, pretende fomentar que los programas de salud creen las condiciones de salud que potencien las capacidades y habilidades de los individuos y los colectivos. De esta manera, el modelo de activos promociona que las poblaciones sean menos dependientes de los servicios sociales y de salud, de modo que ante el clima económico imperante, los recursos limitados de los que disponemos sean destinados a aquellos que más lo necesitan. En segundo lugar, posiciona a los individuos en el eje central del proceso de desarrollo de la salud. El éxito y la sostenibilidad de un programa de salud están en directa relación con el grado de implicación de la población local a la cual se dirige el mismo². Las formas más efectivas de conseguir dicha implicación son, entre otras, la existencia de políticas que garanticen una inversión a largo plazo, la apertura a cambios organizativos y culturales para comprender qué fomenta y qué obstaculiza la participación colectiva, la voluntad de compartir el poder entre las autoridades y la comunidad, según proceda, y la promoción de la confianza y el respeto entre todos los implicados³.

El enfoque de los activos no es nuevo, pero se ha revitalizado en los últimos años en el contexto de la política y en los objetivos de las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud. Por ejemplo, a nivel internacional, Salud 2020, el marco político aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la promoción de la salud y el bienestar⁴, subraya la importancia de crear comunidades con capacidad de resiliencia y de fortalecer los sistemas de salud centrados en las personas. A nivel nacional, existen numerosos ejemplos del enfoque basado en el modelo de activos emprendidos seriamente por los gobiernos. Por ejemplo, Sir Harry Burns, Consejero de Sanidad de Escocia argumentaba en su informe anual de 2009⁵ que “necesitamos desarrollar un modelo de mejora de la salud que consiga liberar en mayor medida los activos entre los individuos, con el consiguiente ma-

yor sentido del control y del bienestar”. En España, la Ley de Salud Pública de Andalucía⁶ apoya el desarrollo de la promoción de la salud garantizando que los planes, proyectos y servicios en materia de salud estén enmarcados en el modelo de activos para la salud. Recientemente, el Parlamento español aprobó una proposición que reconoce que la adopción del modelo de activos y la inclusión de la salutogénesis en el diálogo sanitario pueden contribuir a solucionar algunos de los mayores retos a los cuales la sociedad se enfrenta actualmente⁷.

Si bien el compromiso político puede establecer cambios, el atractivo del modelo de activos está en los beneficios que se puedan demostrar tanto en términos de salud de la población, como económicos. Por tanto queda afrontar aún el desafío de consolidar los conocimientos y el entusiasmo sobre el potencial desarrollo del modelo, sustentado en una robusta base de evidencias que favorezcan la inversión a largo plazo.

EL MODELO DE ACTIVOS EN SALUD

El Modelo de Activos (MAS) desarrollado por Morgan y Ziglio (2007)¹ establece un marco sistemático para la consecución de esta base de evidencias. El modelo revisado, llevado a cabo por Morgan, Hernán y Ziglio se muestra en la Figura 1⁸.

El MAS pretende añadir valor a una serie de conceptos e ideas preexistentes que poseen el potencial de fomentar nociones de salud positivas. Esto se lleva a cabo mediante la integración de estas ideas en un marco conceptual coherente que favorezca un enfoque más sistemático en la adquisición y aplicación de soluciones para salud. Utiliza un abordaje de la salud pública en tres fases y alienta a una gran variedad de profesionales a cambiar de forma de pensar y actuar a la hora de desarrollar programas de salud. Estos conceptos se desarrollan más detalladamente en la publicación *Health Assets in a Global Context*⁹.

La primera fase se enmarca en el contexto de “la epidemiología de la salud” en contraposición al enfoque tradicional basado en la evaluación de necesidades en base a la carga de enfermedad y los problemas propios de cada comunidad. Así, se evalúa qué factores protectores (o activos en salud) son esenciales

para asistir a las personas y las comunidades en su desarrollo, en su consecución de salud, bienestar y otros objetivos de índole personal. Se basa en la teoría de la salutogénesis de Antonovsky¹⁰ como paso intermedio en el camino hacia la salud y el bienestar. El pensamiento salutogénico nos obliga a preguntarnos cuestiones tales como: ¿cuáles son las fuentes principales de salud? y ¿qué hace que unos prosperen y otros enfermen en situaciones similares? El modelo de activos en salud establece que cuantas más posibilidades tenga alguien a lo largo de su vida de experimentar y acumular los efectos positivos de una serie de activos, mayores serán también las posibilidades de lograr los objetivos en salud¹¹. En términos salutogénicos, la adquisición de activos en salud desarrolla el “sentido de coherencia” necesario para que los individuos y los colectivos comprendan y gestionen el mundo en el que viven¹². Aquellas personas con un mayor sentido de la coherencia son más capaces de tomar las decisiones correctas en términos de salud y de enfrentarse a las circunstancias más adversas. Actualmente empiezan a emerger las evidencias que demuestran los vínculos entre el sentido de la coherencia y la salud y el bienestar¹³.

Los resultados de la primera fase constituyen el punto de partida para la fase de acción (fase 2) del modelo. La evidencia conseguida durante la primera fase contribuye a trazar la hoja de ruta de aquellos activos en salud protectores, así como un mejor entendimiento de cómo los activos identificados pueden integrarse para construir el camino hacia la consecución de resultados positivos. De esta forma, la segunda fase constituye el terreno de experimentación para establecer si las hipótesis generadas durante la primera tienen sentido en la vida real. Para la implementación de la segunda fase es esencial fomentar la confianza y el respeto entre los profesionales y las personas a nivel local. Esto se realiza mediante la realización del “mapeo de activos”, una técnica bien fundada iniciada por Kretzmann y McKnight¹⁴ para identificar y emplear las habilidades individuales, los recursos físicos y organizativos disponibles, con objeto de desarrollar un enfoque en salud determinado para un contexto comunitario concreto. En palabras del Asset Based Community Development (ABCD) Institute (Instituto para el Desarrollo Comunitario Basado en Activos): “el desarrollo de una comunidad siempre ha dependido de la movilización de las capacidades y los activos de las personas y de los lugares” (para más información, www.abcdinstitute.org). Existen también numerosos ejemplos en España sobre la implementación del mapeo de activos para garantizar que los programas de salud respondan a

un proceso de co-producción con la comunidad local. Merecen especial mención el proyecto RIU¹⁵ en la Comunitat Valenciana, el Observatorio de Salud de Asturias¹⁶ y el trabajo de la Escuela Andaluza de Salud Pública^{16,17}. Es esencial en esta fase que la identificación de activos se inicie a nivel comunitario mediante un proceso de visibilización y movilización. Esto significa que los colectivos tienen la oportunidad de establecer sus propias prioridades en salud (visibilización) y se les proporciona el apoyo preciso para identificar y adquirir los activos necesarios para cumplir esa visión (movilización)¹⁴. Estos activos pueden o no corresponderse con los previamente identificados en la primera fase. Este hecho es relevante ya que reconoce el proceso dinámico de la salud y que las poblaciones cambian con el tiempo, con nuevas exigencias, retos y oportunidades⁴. El proceso reiterativo promovido por el modelo de activos permite que el itinerario identificado en la primera fase se mantenga actualizado.

La tercera fase promueve un enfoque más sistemático para documentar por qué las acciones participativas emprendidas en la segunda fase han tenido éxito. La evaluación es un elemento clave para el desarrollo de la base de evidencia necesaria para fortalecer el modelo. Los marcos de evaluación pueden contribuir a los siguientes asuntos: asistir a los profesionales comprometidos con los colectivos locales para afrontar la teoría del cambio necesaria y lograr resultados; garantizar que los resultados de las actividades emprendidas se correspondan con los recursos disponibles y con el tiempo invertido en las mismas y finalmente para seleccionar los indicadores que reflejan las nociones positivas sobre salud y bienestar³.

La evaluación a menudo infunde un innecesario temor en aquellos que ya poseen el conocimiento tácito de cómo y por qué funcionan las cosas a nivel comunitario. La tercera fase pretende desmitificar la investigación por medio de la promoción de una mayor cooperación entre técnicos y participantes de forma que se asegure que el bagaje de un enfoque de activos adecuado pueda ser más aplicable y transferible. Un punto de partida para ello es concebir la evaluación a modo de narración, de tal forma que describa qué se ha realizado y cómo y por qué las acciones implicadas en el desarrollo de iniciativas puede considerarse acertado. El éxito de las iniciativas puede atestiguararse mediante los testimonios de miembros de la comunidad, estudios de casos, entrevistas cualitativas o por métodos cuantitativos más ambiciosos¹⁸. El rigor del proceso se basa en tres pilares fundamentales en relación con la recopilación y síntesis de evidencia¹⁹, que son: la transparencia (en referencia a qué se ha

hecho, cómo y por qué); sistematicidad (en lo referente a contextualizar el trabajo realizado en un amplio marco teórico para explicitar las diferentes cuestiones planteadas y los métodos elegidos para darles respuesta) y relevancia (en lo referente a contextualizar la evidencia de tal forma que se aporte información sobre la población, localización y estructuras sociales para evaluar el potencial de generalización y transferibilidad de los resultados).

¿POR QUÉ LOS ACTIVOS EN SALUD Y POR QUÉ AHORA?

Hay una serie de razones por las cuales debemos aprovechar la oportunidad de desarrollar la teoría y práctica de este planteamiento.

En primer lugar, muchos de los activos protectores de la salud se encuentran en el contexto social de las personas y por tanto la perspectiva ofrece un gran potencial para afrontar las persistentes desigualdades en salud que se encuentran tanto entre países del mundo como en el seno de los propios países. Como se ha planteado previamente, hay un creciente interés de las políticas para asumir el modelo como una de las potenciales soluciones para superar algunos de los obstáculos en la lucha contra dichas desigualdades.

En segundo lugar, hay un mayor conocimiento sobre la base de evidencia relacionada con los determinantes sociales de la salud²⁰. El modelo de activos reconoce que a pesar de que se requieren nuevos conocimientos, es esencial valerse de aquello que ya tenemos. Es necesario que aquellos que ya trabajan con los principios y valores promovidos por el MAS colaboren en la investigación aplicada, para el aprendizaje de las prácticas basadas en este modelo, de tal forma que se puedan fortalecer los argumentos a favor de que este planteamiento implica una mejora en la salud y el bienestar de las personas.

Finalmente, ya se ha demostrado que la inversión en salud pública es rentable, de tal forma que se puede afirmar que la prevención es preferible a la curación²¹. Es más, muchas de las barreras en la consecución de cambios de hábitos tales como dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol, o en la adopción de hábitos dietéticos saludables son las mismas y se relacionan con presiones externas, a menudo fuera del rango de control inmediato del individuo. Por propia naturaleza, el modelo de activos actúa transversalmente para identificar soluciones que tengan un impacto positivo en todos estos hábitos de forma simultánea. Esta característica tiene el potencial de proporcionar aún mayores ganancias económicas en términos de salud pública, aunque esto debe ser demostrado aún.

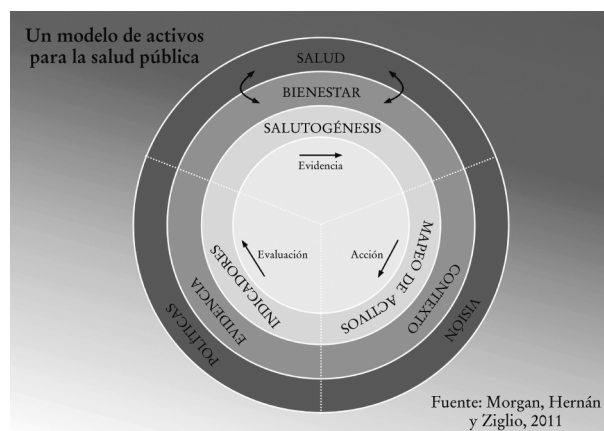


Figura 1

LAS SALVEDADES

Cuando surgen (o resurgen) nuevos planteamientos siempre lo hacen acompañados de críticas que refutan las ideas que promueven. Es importante implicarse activamente con dichas críticas para poder asegurar que se entiende firmemente la relevancia del modelo. Desde que se publicara el MAS han surgido una serie de cuestiones. Por ejemplo, algunos se preguntan si no es ingenuo el plantearse un mundo libre de riesgos. El planteamiento de activos en salud pretende ayudar a las personas a ser algo más que receptoras pasivas de unos servicios. Pretende identificar la manera en que se pueden potenciar al máximo los beneficios de una serie de activos, que contrarrestan los riesgos de forma que minimicen su efecto sobre la salud y el bienestar. Sin embargo, también reconoce que puede haber situaciones en la vida en que se acumulen la vulnerabilidad y los riesgos de forma que, tanto las personas como las comunidades, necesiten la provisión de servicios inmediatamente. Por tanto, es cierto que se precisan tanto los planteamientos de activos como de déficits (basados en las necesidades) para maximizar las oportunidades y el acceso a los servicios cuando más se necesitan.

Otra de las cuestiones que surge es: ¿si implementamos el modelo de activos de forma eficaz no habrá necesidad de que el Estado intervenga ya que los colectivos pueden ocuparse de ellos mismos? Esto no es así de ninguna manera, aunque lo que sí es cierto es que los enfoques basados en el modelo de activos normalmente son más populares en tiempos de crisis cuando hay menos recursos y dinero disponible para proporcionar servicios efectivos. La idea de que cada colectivo se autogestione en este punto puede parecer atractivo para el Estado. De todas formas, la clave del éxito de cualquier iniciativa basada en el MAS es la ha-

bilidad de legisladores, profesionales e investigadores para desempeñar sus respectivos papeles en la optimización de las condiciones necesarias de salud. Esto incluye la capacidad de trabajar con los colectivos locales de tal manera que se pueda fomentar la confianza y el respeto que facilita una participación igualitaria y el poder necesario para tomar decisiones adecuadas centradas en las personas.

Finalmente, la mayoría de las veces este modelo es concebido como una renovación del concepto de desarrollo comunitario. Aunque muchos de los principios del desarrollo comunitario se integran en el eje central del modelo de activos, es igualmente importante trabajar a nivel del individuo. La integración del individuo en la comunidad y en la sociedad en general así como el entendimiento de cómo hacer esto a lo largo de la vida, constituye el valor añadido del modelo de activos. La adquisición de activos en condiciones ideales comienza durante la infancia y se acumula a medida que progresamos en cada fase de la vida. Los activos más importantes a este respecto son aquellas habilidades y competencias que permiten vadear las dificultades de la vida mediante una serie de valores que promueven un deseo de participar y contribuir a la vida y a los objetivos colectivos.

La teoría del curso de la vida es especialmente útil, ya que reconoce que en cualquier punto en la vida de un individuo las cosas pueden ir mal. La perspectiva de los activos proporciona un entendimiento de lo que es necesario para recobrar la confianza y autoestima necesarias para recuperar la motivación. El artículo de Paredes-Carbonell et al.²² publicado en la RESP 'Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores' aporta un ejemplo de cómo se puede comenzar a desarrollar una extensa base de evidencia que demuestre cómo la reincidencia puede minimizarse y se pueden liberar determinados activos que permitan que la habilidad y talento de los más jóvenes potencien estilos de vida saludables y productivos. Los entornos cerrados, como los centros de menores o el medio penitenciario, son una oportunidad de acceso a una población que presenta desigualdades y desde donde pueden desarrollarse, de manera participativa, potencialidades o activos en salud²³.

En conclusión, el modelo de activos en salud está contribuyendo a revitalizar el paradigma de la promoción de la salud mediante la garantía de la salud y el bienestar desde un punto de vista amplio. Como tal, se basa en las disciplinas de la medicina social y las ciencias del comportamiento, la política y la economía así como en las teorías del aprendizaje. De esta manera, nuestra comprensión sobre las condiciones que

mejoran la calidad y cantidad de vida se convierten en una realidad para los individuos y sus comunidades independientemente de su raza, cultura, sexo o posición socioeconómica y ciertamente, en cualquier fase del transcurso de sus vidas.

A Morgan,

Glasgow Caledonian University (London, UK)

M Hernán,

Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada, España)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*. 2007; Suppl 2: 17-22.
2. Popay J. Community empowerment and health improvement: the English experience. In: Morgan A, Davies M, Ziglio E. *Health assets in a global context: theory methods action*. New York: Springer; 2010. p. 183-195.
3. National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. Manchester: NICE; 2008-2013 [updated 2013 march 15; cited 2013 Sept 08]. *Community engagement guidance*; [about 2 screens]. Available from: <http://www.nice.org.uk/PH9>.
4. World Health Organisation. *Health2020: the european policy for health and wellbeing*. Copenhagen: WHO; 2012.
5. Burns H. *Health in Scotland 2009: time for change*. P15. Edinburgh: The Scottish Government; 2010.
6. Ley de Salud Pública de Andalucía 16/2013, de 23 de diciembre. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía nº 255, de 31/12/13).
7. Proposición no de ley relativa a la promoción de activos para la salud y salutogénesis 161/001724, de 3 de junio de 2013. (Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados Serie d núm. 282 de 3-6-2013).
8. Morgan A, Hernan M, Ziglio E. In Morgan A. *Young people and health: social capital for the asset model today*. Advanced seminar: Health promotion, health assets and salutogenesis – experiences in Andalusia and Europe; 2011 Jan 27-28; Granada: Escuela Andaluza Salud Pública; 2011.
9. Morgan A, Davies M, Ziglio E. *Health assets in a global context: theory methods action*. New York: Springer; 2010.
10. Antonovsky A. *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

11. Morgan A. Social capital as a health asset for young people's health and wellbeing. *Journal of child and adolescent psychology* 2010; suppl 2: life contexts; 19-42.
12. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine* 1993; 36; 6; 125-733.
13. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60; 376-81.
14. Kretzmann J, McKnight J. *Building Communities from the Inside Out: a path to finding and mobilising a community's assets*. Illinois: ABCD Institute; 1993.
15. Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró R, Bosch C, Ramo I, Palop V et al. *Projecte RIU: Un riu de cultures, un riu de salut. Una proposta de intervenció en salut en entorns vulnerables*. *Comunitat*. 2011; 13: 34-7.
16. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, Nieto J, Cofiño R. *Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad*. *Gac Sanit*. 2013; 27(2): 180-3.
17. Hernán M, Morgan A, Mena A. *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013.
18. Pettigrew M, Roberts M. Evidence, hierarchies and typologies; horses for courses. *Journal of Epidemiology and Community and Health*. 2003; 57; 527-9.
19. Swann C, Falce C, Morgan A, Kelly M, Powell G, Carmona C et al. *Process and Quality Standards for Evidence Briefings*. 3th ed. London: Health Development Agency; 2003.
20. Bonnefoy J, Morgan A, Kelly M, Butt J, Bergman V. *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide. A report to the WHO Commission on the Social Determinants of Health*. London: WHO; 2007.
21. Owen L, Morgan A, Fischer A, Hoy A, Ellis S, Kelly M. The cost effectiveness of public health interventions. *Journal of Public Health*. Mar; 2012; 34(1); 37-45.
22. Paredes-Carbonell JJ, Agulló-Cantos JM, Vera-Remartínez EJ, Hernán-García M. *Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores*. *Rev Esp Sanid Penit*. En prensa 2013.
23. Paredes-Carbonell JJ. *Promoción de salud en el medio penitenciario*. En: Colomer C, Alvarez-Dardet C. *Promoción de salud y cambio social*. Barcelona: Masson; 2001. p. 173-89.