

EDITORIAL**PATRIMONIO DE SALUD
¿SON POSIBLES LAS POLÍTICAS SALUTOGÉNICAS?****Carlos Álvarez-Dardet (1,2) y Maria Teresa Ruiz Cantero (1,2)**

(1) Grupo de Investigación en Salud Pública. Universidad de Alicante.

(2) Centro de Investigación Biomédica en red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

No hay nada más práctico que una buena Teoría

Llevamos 25 años desde la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ottawa haciendo promoción de la salud sin una verdadera teoría detrás, lo que ha determinado un vacío notable de conocimiento científico, mucha retórica prescriptiva, acciones muy dispares, en su mayoría de carácter coercitivo y basadas en factores de riesgo, “estilodevidismo”, y con un conflicto ético notable de culpabilización de las víctimas y de legitimidad para actuar aún no resuelto¹. Con razón, a la promoción de la salud le han llovido muchas críticas. Su falta de evidencia científica tiene como principal consecuencia la falta de verdaderas políticas de promoción de la salud. Esta situación descrita podría empezar a solucionarse quizás con un uso más extensivo de las ideas de Aaron Antonovsky, planteando hipótesis relevantes para la salud pública, como proponen Rivera de los Santos y cols en este número de la Revista Española de Salud Pública², quienes, siguiendo a Morgan y Ziglio, perciben la utilidad de fusionar las ideas de la Salutogénesis con el modelo de “Patrimonio para el desarrollo” de John Mc Knight³. La teoría original de Mc Knight usa en inglés la palabra *assets* para definir los recursos salutogénicos en las comunidades. En castellano

se suele hablar de activos como traducción de *assets*. Nosotros mismos hemos usado antes esa traducción, pero *assetss* puede traducirse también por patrimonio que nos parece más adecuado para Mc Knight. Durante la elaboración de este texto decidimos empezar a hablar de patrimonio que da también la idea de legado cultural, de posesión comunitaria real. Los activos quizás por la crisis financiera y la pervisión de las palabras contables tiene otra connotación mucho más relacionada con el dinero. Así que cuando hablemos de patrimonio de salud nos estamos refiriendo a los “*assets*”.

Paradójicamente a lo que destila el concepto de promoción de la salud, este se ha basado en la identificación de problemas y necesidades de las poblaciones, lo que siendo preciso para determinar los recursos y servicios profesionales sanitarios y sociales requeridos define a los individuos y a las comunidades en términos negativos. Esta línea de pensamiento es la que mayoritariamente ha generado evidencia. Por lo tanto es la que además de conducir las prácticas profesionales lidera las políticas. Sin embargo, su perspectiva puede hacer perder empoderamiento a las poblaciones que supuestamente pretenden beneficiar. La gran idea de Antonovsky fue poner en evidencia esta forma

clásica que tenían los profesionales de mirar la salud de los individuos y las comunidades, es decir, a partir de un modelo de déficit. Y plantear que esta mirada podía revertirse con el fin de apreciar los recursos con los que cuentan los individuos.

Como refieren Rivera y cols², lo importante para Antonovsky es que las personas sean conscientes y tengan la capacidad de utilizar los recursos generales de resistencia (dinero, conocimiento, experiencia, autoestima, hábitos saludables, compromiso, apoyo social, capital cultural, inteligencia, tradiciones y la visión de la vida). Con estos recursos las personas tienen más oportunidades de hacer frente a los retos y desafíos vitales y de construir experiencias coherentes en sus vidas. Este es el concepto que Antonovsky denominó el sentido de la coherencia (SOC), que es a la vez un sentimiento y una visión del mundo en la que se asume que tenemos la suficiente comprensión de los acontecimientos que ocurren a nuestro alrededor, en función de lo cual somos capaces de influir en ellos mediante recursos internos y externos.

Si bien es verdad que la teoría de Antonovsky siempre ha gozado de predicamento en los círculos de promoción de la salud, siendo la gran esperanza, también es cierto que la investigación empírica basada en su teoría ha sido más bien escasa, de base individual y bastante circunscrita a la aplicación del cuestionario del sentido de coherencia. Es decir, una visión restrictiva, básicamente desde la psicología, como si la de Antonovsky fuera solo una de las muchas teorías de afrontamiento existentes. Precisamente, una de las razones por la que se le ha ignorado es que cuando él hizo su trabajo durante los años sesenta del pasado siglo, la investigación en salud pública era prácticamente investigación en prevención de enfermedades y, sobre todo, en enfermedades infecciosas. No se le entendió y, como se ha comentado, solo pudo ser comprendido por la psicología que entonces estaba en plena eclo-

sión de las teorías del coping o afrontamiento. Pero el sentido de la coherencia, aún procurando una gran funcionalidad para ayudar a tomar las medidas apropiadas en situaciones e individuos específicos, no es un estilo especial de afrontamiento.

La idea se conceptualizó mediante la elección de la comprensibilidad, manejabilidad y significancia como conceptos explicativos claves, y ha sido reconocida como correcta. Pero, y aquí una de las críticas, no todos los autores están de acuerdo en que la escala del SOC materialice correctamente la idea de coherencia y, por lo tanto, es poco probable que mida correctamente el sentido de la coherencia⁴.

Inicialmente, Antonovsky consideró que el concepto de SOC era aplicable solamente a los individuos. De hecho, la mayoría de las publicaciones son a este nivel⁵. Mas tarde propuso que el SOC podría aplicarse a grupos y en el ámbito social⁶ y, aunque apenas existe producción científica de este nivel, contamos con algunos artículos de base individual con personas sanas que muestran datos interesantes de carácter contextual. Veamos a continuación.

Partiendo de la aceptación de que los patrones dietéticos individuales están influidos por las tradiciones (además de por la disponibilidad), se ha evidenciado que la elección saludable de alimentos que hacen las personas adultas siguiendo los mensajes actuales de estilos de vida saludable se relaciona con su sentido de la coherencia: a más alto SOC elecciones de alimentos más saludables, mientras que un bajo SOC se asocia con un patrón de alimentación menos saludable, lo cual se relaciona con altos riesgos de enfermedades crónicas⁷. Los autores proponen que el conocimiento de la influencia del SOC en los deseos y habilidad para cambiar de dieta puede ser útil en el diseño de programas de prevención. Pero como mencionan los autores, esta investigación cuenta con limitaciones comunes a otros estudios

sobre el SOC, como que las preferencias y la selección de alimentos se asocian a la clase socioeconómica y no se puede asumir causalidad al ser un estudio transversal.

En otro estudio se compara el SOC del grupo de padres de niños con problemas crónicos con el del grupo de padres de niños sanos⁸. El punto de partida es que la estructura, funcionamiento y desarrollo del sistema familiar completo se puede ver afectado por el hecho de tener hijos con enfermedades crónicas. Efectivamente, el grupo de padres con niños con enfermedades crónicas tenían un SOC menor en las dimensiones de significancia y comprensibilidad que el grupo de padres de niños sanos. Ambos grupos no difieren en la dimensión de manejabilidad, quizás por la adaptación a la situación de los padres de niños con problemas crónicos. Adicionalmente, en un estudio realizado con madres de niños sordos partiendo de escuelas específicas para ellos⁹, detectaron que el SOC es una medida de apoyo social en relación con la experiencia subjetiva de estrés de las madres, en la medida que la atribución de funciones y responsabilidades es un proceso de socialización en la familia. Estos estudios tienen las mismas limitaciones antes expuestas. Esto es, ser transversales. También la asociación de sus resultados con el nivel socioeconómico, lo que en términos prácticos significa que si los recursos materiales no están disponibles será un mero parche la intervención pedagógica para el apoyo al sentido de la coherencia.

Un proyecto que tiene su atención puesta en la salud de los aborígenes de Canadá desde 1995, viene midiendo el patrimonio personal mediante consultas comunitarias. Sus objetivos se han centrado en la prevención en jóvenes del suicidio, del riesgo de HIV y de la violencia doméstica mediante el desarrollo de uno de los recursos generales de resistencia: la resiliencia. Interesante es la relación detectada entre la resiliencia de los jóvenes y el orgullo de sus tradiciones, la autoestima y auto-eficacia, y los bajos nive-

les de estrés, pero más aún la existencia de una serie de recursos sociales que contribuyen a la resiliencia, como el sentimiento de apoyo, cuidado, actitud y ejemplo de los padres así como de la comunidad y de los amigos. Padres y comunidad pueden tener funciones diferentes e intercambiables según las circunstancias individuales. Los resultados son interesantes en la medida que, como dicen sus autores, los recursos sociales para la resiliencia son de mayor interés que el patrimonio personal por que la comunidad puede hacer más para cambiarla¹⁰.

Lo cierto es que se ha trabajado muy poco desde una perspectiva de salud pública, con comunidades y su medioambiente, físico y social como unidad de observación y análisis. Bengt Lindström y Mónica Erikson son de los pocos profesionales que han intentado dar una dimensión de salud pública de manera sistemática al trabajo de Antonovsky, habiendo desarrollado una página web (<http://www.salutogenesis.fi/>) con excelente información sobre Salutogénesis. También son relevantes sus trabajos sobre el impacto positivo del SOC en la calidad de vida⁵, y más importante aún es la revisión sistemática de los mismos autores sobre la relación entre el SOC y la salud auto-percibida¹¹.

Tiene sentido que Rivera de los Santos y cols llamen la atención sobre las 2 experiencias realizadas en España²: una de ellas es en adolescentes, etapa en la que según Antonovsky tiene lugar la evolución del SOC, junto con la infancia. Durante ambos momentos vitales las experiencias y los muchos recursos disponibles (los recursos generales de resistencia) tanto internos (factores físicos, inteligencia,..) como sociales y culturales (apoyo social, las opciones financieras, y la estabilidad cultural,..) dan la oportunidad de desarrollar un fuerte SOC. Antonovsky plantea que a partir de los 30 años el SOC se estabiliza, pero la validez de la hipótesis de estabilidad está puesta en cuestión, en la medida que no es un patrimonio fijo que se mantiene una vez ganado, si

no que debe ser recreado a lo largo de la vida. La otra experiencia es con población anciana, coincidiendo en objetivos con muchas de las investigaciones realizadas sobre el SOC. Curiosamente provienen de los países nórdicos y de Japón en donde sus ciudadanos tienen una esperanza de vida posicionada entre las más largas del mundo.

Erio Ziglio y Antony Morgan definen el patrimonio de salud como cualquier factor o recurso que promueve en individuos, comunidades y poblaciones la capacidad de mantener y promover su salud y bienestar. Al menos en teoría ellos también ven la posibilidad de que existan espacios y comunidades salutogénicos. El patrimonio de salud que delinean estos autores serían espacios salutogénicos externos al individuo. Es el camino para sacar a Antonovsky del cubículo en donde ha permanecido todos estos años. De producirse información en esta línea se abriría una nueva manera de entender el trabajo en salud pública como un aprovechamiento cada vez más sofisticado del patrimonio de salud que ya tienen nuestras sociedades, y no como en la actualidad, entendida como un crecimiento exponencial de servicios.

España tiene una tasa muy inferior a la de los países del norte de Europa de enfermedades cardiovasculares. Sin duda la dieta mediterránea como parte de nuestro patrimonio de salud tiene mucho que ver con este espacio salutogénico¹². Probablemente, el hecho de que las desigualdades en salud sean menores en los países mediterráneos que en los países del norte con estados del bienestar más desarrollados¹³, tenga que ver con otros determinantes de la salud, como el apoyo social y familiar, que están más redistribuidos que la economía monetizada en estos países. Estos pueden tener un efecto de sostén social. La dieta y la familia mediterránea pueden estar comportándose como elementos salutogénicos muy potentes de nuestro patrimonio de salud.

Hemos de reconocer sin embargo que tanto las ideas de salutogénesis como las del patrimonio de salud se encuentran bien en la periferia del mainstream sanitario. Un paseo por internet nos permite ver como la idea de salutogénesis esta siendo usada por las medicinas alternativas con frecuencia. Además, la propuesta de sustitución de los servicios públicos por patrimonio social puede ser utilizada como una coartada técnica en el desmantelamiento del estado del bienestar que sin duda está en la agenda política oculta o abierta de ciertas ideologías en Europa. La idea del líder de los torios ingleses, Cameron, sobre la necesidad de una gran sociedad (big society), que con su dinamismo supliera a los servicios públicos enlaza muy bien con el modelo propuesto por Mc Knight. Es más, en una excelente publicación de la asociación de Gobiernos Municipales del Reino Unido sobre la aplicación de las ideas de Mc Knight a la salud pública local, su prólogo escrito por un político desliza: "... el enfoque de assets es uno de los que puede ser más efectivo, a menudo es costo-efectivo, ya que supone un espacio para los ciudadanos, las asociaciones caritativas y el empresariado social para complementar el trabajo de los proveedores de servicios locales. Dadas las presiones financieras que soportan los gobiernos, estos beneficios son importantes"¹⁴.

Hay que recuperar a Antonovsky para la salud pública. Obtener evidencia empírica sobre Salutogénesis es quizás la primera prioridad ahora mismo de la investigación en salud pública. Resulta urgente recuperar las ideas relacionadas con el patrimonio social útil para la salud pública y pasar de la visión individual del SOC a plantearnos preguntas sociales y ambientales ¿Existen o pueden existir comunidades o grupos de personas, relaciones sociales o modificaciones medioambientales salutogénicas? ¿Puede aplicarse el concepto más allá de los individuos y de la psicología? La verdad es que al ser el cuestionario SOC de

uso individual y no desarrollar Antonovsky antes de su muerte ninguna herramienta genuinamente de salud pública, el conocimiento producido hasta ahora se ve sesgado hacia lo individual. Incluso podemos hacernos la pregunta futurista realizada al principio del editorial: ¿Será posible hacer políticas salutogénicas? Si la relación de las políticas con la salud empezó por el concepto de “Políticas públicas saludables”, y siguió por el de “Salud en todas las políticas” ¿seremos capaces de construir una base de conocimiento que permita realmente el desarrollo de “Políticas salutogénicas”? Según John McKnight y los autores que están intentando adaptar su modelo de patrimonio social a la salud pública, la respuesta es un sí rotundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad. Buenos Aires: Editorial:Lugar; 2010.
2. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud Rev Esp Salud Pública. 2011; 85:137-47.
3. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health; an assetss model. Promot Educ. 2007;14:17-22.
4. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). Sci World J. 2005; 5: 767-76.
5. Lindstrom B, Eriksson M. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and It's Relation With Quality of Life - A Systematic Review. J Epidemiol Community Health. 2007; 61: 938-44.
6. Antonovsky A. Unrevealing the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
7. Lindmark U, Stegmayr B, Nilsson B, Lindahl B, Johansson I. Food selection associated with sense of coherence in adults. Nutr J. 2005; 4: 9.
8. Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Köhler L. Is parental sense of coherence associated with child health? Eur J Public Health. 2003; 13: 195-201
9. Hintermair M. Sense of coherence: A relevant resource in coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children. J Deaf studies Deaf Education. 2004; 9: 1.
10. Andersson N, Ledogar R. The CIET aboriginal youth resilience studies: 14 years of capacity building and methods development in Canada. Pimatisiwin. 2008; 6: 65-88
11. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2006; 60: 376-81.
12. Kastorini CM, Milionis HJ, Esposito K, Giugliano D, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. The effect of mediterranean diet on metabolic syndrome and its components a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. J Am Coll Cardiol. 2011; 57:1299-313.
13. Mackenbach J, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. New Engl J Med. 2008; 358: 2468-81.
14. Rogers D. Foreword a glass half full: how an asset approach can improve community health and well-being”. London: Local Government association, IDeA;2010.p.1.