

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat d'Infermeria i Podologia



Programa de Doctorat d'Infermeria

TESIS DOCTORAL

MAPEO DE ACTIVOS EN SALUD EN DOS BARRIOS  
VULNERABLES Y SU DINAMIZACIÓN EN UNA  
INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARTICIPATIVA

Adoración Reyes Aviñó Juan-Ulpiano

Mayo 2017

Dirigida por:

Dr. Joan Josep Paredes Carbonell

Dr. Carlos Álvarez-Dardet Díaz

Dr. Daniel La Parra Casado



*A aquellas personas que han estado a mi lado en este proceso,  
especialmente, a Joan y Marta por su estímulo,  
y a Daniel, Dani y Marc por su apoyo y comprensión.*



# ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....	11
RESUMEN .....	19
PRESENTACIÓN .....	23
PARTE PRIMERA. INTRODUCCIÓN: CONTEXTO, MARCO TEÓRICO, OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	27
CAPÍTULO 1. CONTEXTO: DEL CONOCIMIENTO DE LA SALUD A LO POLÍTICAMENTE CORRECTO .....	29
1.1. Institucionalización y normalización de la salud desde la creación de la Organización Mundial de la Salud .....	29
1.1.1. “Salud en Todas las Políticas” y Equidad en el ámbito internacional.....	29
1.1.2. “Salud en Todas las Políticas” y Equidad en España.....	53
1.2. El modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en salud e intervenciones para reducirlas .....	62
1.3. La política pública sanitaria en la Comunitat Valenciana sensible a las desigualdades sociales en salud.....	66
1.4. “ <i>Projecte RIU</i> ”: promoción de salud en barrios en situación de elevada vulnerabilidad con enfoque de equidad .....	68
1.4.1. Características del modelo de intervención RIU .....	69
1.4.2. Investigación en promoción de salud en entornos en situación de vulnerabilidad en el contexto del proyecto RIU.....	81
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO: DE LA IMPOSICIÓN A LA PARTICIPACIÓN .....	83
2.1. El proceso de salud-enfermedad desde la Antropología .....	83
2.2. El empoderamiento en salud de la comunidad .....	86

2.3. La investigación-acción participativa en la reducción de desigualdades sociales en salud .....	91
2.4. Los modelos en promoción de salud: el modelo de activos para la salud.....	92
<b>CAPÍTULO 3. PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:</b>	
<b>DE LA TEORÍA A LA PRAXIS .....</b>	<b>103</b>
De los fines de la investigación .....	103
3.1. Objetivos.....	103
3.2. Hipótesis .....	104
<b>PARTE SEGUNDA. METODOLOGÍA Y RESULTADOS .....</b>	
<b>ESTUDIO DEL BARRIO EL RAVAL DE ALGEMESÍ.....</b>	<b>109</b>
<b>CAPITULO 4. MÉTODOS DEL ESTUDIO DE EL RAVAL .....</b>	
<b>4.1. Ámbito del estudio. Caracterización del barrio .....</b>	<b>111</b>
<b>4.2. Población participante en el estudio .....</b>	<b>118</b>
<b>4.3. Del desarrollo metodológico .....</b>	<b>120</b>
4.3.1. Revisión de la literatura sobre activos para la salud.....	120
4.3.2. Capacitación del equipo investigador en el modelo de activos para la salud .....	120
4.3.3. Diseño del método para elaborar el mapa de activos para la salud .....	121
<b>ETAPA 1. ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS .....</b>	<b>122</b>
1ª Fase: Las agentes de salud identifican los activos .....	122
2ª Fase: La red intersectorial de profesionales identifica los activos.....	129
3ª fase. El equipo investigador construye el mapa de activos .....	132
<b>ETAPA 2. DE LA DINAMIZACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS EN ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD.....</b>	<b>133</b>

ETAPA 3. DE LA DIFUSIÓN PÚBLICA DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD Y SU DINAMIZACIÓN.....	136
CAPÍTULO 5. RESULTADOS: DE LA ACCIÓN AL COMPROMISO .....	137
5.1. Presentación de los resultados .....	137
5.2. Resultados del estudio según etapas y fases.....	138
ETAPA 1. RESULTADOS DE ELABORAR EL MAPA DE ACTIVOS .....	138
1ª Fase: Las agentes de salud identifican los activos .....	138
2ª Fase: La red intersectorial de profesionales identifica los activos.....	147
3ª fase. El equipo investigador construye el mapa de activos.....	154
ETAPA 2. DINAMIZACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS EN ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD.....	156
De la presentación del mapa de activos para la salud a la población participante .....	156
De la dinamización del mapa: conexión entre activos y propuestas de acción .....	158
ETAPA 3. DE LA DIFUSIÓN PÚBLICA DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD Y SU DINAMIZACIÓN .....	166
ETAPA 4. DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD BASADA EN LA DINAMIZACIÓN DE ACTIVOS .....	167
ESTUDIO DEL BARRIO L'ALQUERIETA DE ALZIRA.....	175
CAPITULO 6. MÉTODOS DEL ESTUDIO DE L' ALQUERIETA.....	177
6.1. Ámbito del estudio. Caracterización del barrio.....	177
6.2. Población participante en el estudio .....	185
6.3. Del desarrollo metodológico .....	187

ETAPA 1. ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DE L'ALQUERIETA .....	191
1ª Fase: El grupo de agentes de salud identifica los activos .....	191
2ª Fase: La red intersectorial de profesionales identifica los activos.....	194
3ª Fase: El equipo investigador construye el mapa de activos.....	194
ETAPA 2. DINAMIZACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS.....	195
Presentación del mapa de activos para la salud .....	195
Dinamización del mapa de activos para la salud .....	196
Establecer conexiones entre activos para la salud y propuestas de acción .....	197
Presentación del estudio “Priorización de temas de salud en el barrio de L'Alquerieta” .....	197
Priorización de las conexiones entre activos y propuestas de acción .....	198
ETAPA 3. DIFUSIÓN PÚBLICA DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD Y SU DINAMIZACIÓN .....	200
ETAPA 4. DISEÑO DE UNA ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD BASADA EN LA DINAMIZACIÓN DE ACTIVOS.....	200
CAPÍTULO 7. RESULTADOS: DE LA ACCIÓN AL COMPROMISO .....	203
7.1. Presentación de los resultados .....	203
7.2. Resultados del estudio según etapas y fases .....	204
ETAPA 1. ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS .....	204
1ª Fase: Las personas agentes de salud identifican los activos .....	204
2ª Fase: La red intersectorial de profesionales identifica los activos.....	220
3ª Fase: El equipo investigador construye el mapa de activos.....	231
ETAPA 2. DINAMIZACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS.....	233
De la presentación del mapa de activos para la salud a la población participante .....	233

De la dinamización del mapa: conexión entre activos y propuestas de acción.....	234
De la dinamización de activos: priorización de las conexiones entre activos y propuestas de acción en función de las necesidades del barrio .....	240
ETAPA 3. DIFUSIÓN PÚBLICA DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD Y SU DINAMIZACIÓN .....	243
ETAPA 4. DISEÑO DE UNA ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD BASADA EN LA DINAMIZACIÓN DE ACTIVOS.....	244
PARTE TERCERA. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	251
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN .....	253
8.1. Dos procesos sucesivos en el tiempo que se enlazan y provocan aprendizajes .....	240
8.2. Sobre los resultados obtenidos y las metodologías participativas utilizadas .....	255
8.2.1. El enfoque de activos: una mirada positiva desde los entornos en situación de vulnerabilidad .....	255
8.2.2. Identificando activos en los barrios en situación de elevada vulnerabilidad .....	256
8.2.2.1. Sobre los activos individuales y como grupo de las personas agentes de salud ciudadanía .....	257
8.2.2.2. Sobre los activos personas identificados en el estudio .....	258
8.2.2.3. Sobre los activos servicios e instituciones .....	260
8.2.2.4. Sobre los activos grupos y asociaciones .....	261
8.2.2.5. Sobre los activos espacios físicos e infraestructuras.....	263
8.2.2.6. Sobre los activos economía local .....	264
8.2.2.7. Sobre los activos cultura .....	266

8.2.3. Ciudadanía y profesionales identifican activos: diferencias y coincidencias .....	266
8.2.4. Conexiones entre activos y dinamización de los mapas en acciones de promoción de salud.....	268
8.2.4.1. Conexiones y dinamización del mapa del barrio de El Raval.....	269
8.2.4.2. Conexiones y dinamización del mapa del barrio de L'Alquerieta.....	273
8.3. Aportaciones de la aplicación del modelo de activos en la promoción de la salud en contextos de vulnerabilidad .....	275
8.4. Limitaciones .....	277
8.4.1. Limitaciones del modelo RIU .....	277
8.4.2. Limitaciones de este estudio de investigación .....	281
8.5. Líneas futuras de investigación .....	287
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES .....	291
REFERENCIAS .....	295
ANEXOS .....	315
ANEXO 1. ESTUDIO DEL BARRIO EL RAVAL DE ALGEMESÍ: Materiales utilizados en la dinamización del mapa de activos para la salud.....	317
ANEXO 2. ESTUDIO “PRIORIZACIÓN DE TEMAS DE SALUD DEL BARRIO DE L'ALQUERIETA DE ALZIRA” .....	323
ANEXO 3. ESTUDIO DEL BARRIO DE L'ALQUERIETA DE ALZIRA: Descripción de las actividades de la acción “Nuestro barrio en movimiento: juegos en grupo” .....	329

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### TABLAS

Tabla 1. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: principales aportaciones .....	52
Tabla 2. Población del ámbito de actuación del Projecte RIU .....	79
Tabla 3. Principales datos de participación en el Projecte RIU 2008-2016 .....	80
Tabla 4. Población empadronada en Algemesí y en el barrio El Raval en 2008, 2010 y 2015, según sexo .....	113
Tabla 5. Población empadronada en El Raval y en el resto de Algemesí en 2008, según sexo y nacionalidad .....	113
Tabla 6. Población extranjera empadronada en El Raval y en el resto de Algemesí en 2008, según país de procedencia y sexo .....	114
Tabla 7. Nivel de estudios de la población de El Raval y del resto del municipio en 2008 .....	117
Tabla 8. Características sociodemográficas de las personas agentes de salud participantes en el estudio del barrio El Raval de Algemesí .....	119
Tabla 9. Informantes clave participantes en el estudio del barrio El Raval de Algemesí .....	119
Tabla 10. Ámbito de trabajo y perfil del grupo de profesionales de la red intersectorial participantes en el estudio del barrio El Raval de Algemesí .....	120
Tabla 11. Activos para la salud individuales de las agentes de salud, barrio El Raval .....	139
Tabla 12. Activos para la salud grupales identificados por las agentes de salud, barrio El Raval .....	139
Tabla 13. Razones atribuidas por las agentes de salud a sus propios activos individuales en la mejora de su propia salud y la del barrio El Raval .....	140

Tabla 14. Razones atribuidas por las agentes de salud a sus activos grupales para mejorar la salud del barrio El Raval .....	141
Tabla 15. Personas - Activos para la salud identificadas por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio El Raval.....	142
Tabla 16. Grupos o asociaciones – Activos para la salud identificadas por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio El Raval.....	142
Tabla 17. Servicios e instituciones- Activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio El Raval.....	143
Tabla 18. Espacios físicos e infraestructuras – Activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio El Raval.....	144
Tabla 19. Razones atribuidas por las agentes de salud e informantes clave de los activos identificados para mejorar la salud del barrio El Raval .....	145
Tabla 20. Activos para la salud identificados por profesionales, barrio El Raval.....	147
Tabla 21. Razones atribuidas por la red intersectorial de profesionales sobre los activos para la salud identificados, barrio El Raval.....	148
Tabla 22. Activos de las personas del barrio El Raval y razones de dicha atribución, según la red intersectorial de profesionales .....	149
Tabla 23. Personas – Activos para la salud identificadas por agentes de salud, informantes clave y grupo profesionales, barrio El Raval.....	150
Tabla 24. Grupos o asociaciones – Activos para la salud identificadas por agentes de salud, informantes clave y profesionales de la red intersectorial, barrio El Raval.....	151
Tabla 25. Servicios e instituciones – Activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio El Raval .....	152
Tabla 26. Espacios físicos e infraestructuras – Activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio El Raval.....	153
Tabla 27. Economía local -Activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial en la sesión de dinamización de activos, barrio El Raval .....	153

Tabla 28. Conexiones entre activos para la salud según población y profesionales, barrio El Raval.....	159
Tabla 29. Propuestas de acción de la ciudadanía y el personal técnico, barrio de El Raval.....	164
Tabla 30. Proyecto “Barri-Escola”: intervención comunitaria participativa basada en la dinamización del mapa de activos del barrio El Raval.....	168
Tabla 31. Población empadronada en el barrio de L'Alquerieta y en el resto de Alzira en 2010, según sexo y nacionalidad .....	179
Tabla 32. Población extranjera empadronada en L'Alquerieta y en el resto de Alzira en 2010, según país de procedencia y sexo .....	180
Tabla 33. Nivel de estudios de la población de L'Alquerieta y del municipio de Alzira en 2000 .....	183
Tabla 34. Población parada en Alzira en el período 2008-2010 por grupos de edad.....	184
Tabla 35. Población parada en Alzira en el período 2008-2010 por sectores de producción .....	184
Tabla 36. Características sociodemográficas de las personas agentes de salud participantes en el estudio del barrio L'Alquerieta de Alzira .....	185
Tabla 37. Informantes clave participantes en el estudio del barrio de L'Alquerieta de Alzira .....	186
Tabla 38. Ámbito de trabajo y perfil del grupo de profesionales participantes en el estudio de L'Alquerieta de Alzira .....	186
Tabla 39. Cambios en las etapas y actividades del método en el estudio de L'Alquerieta de Alzira en relación al estudio de El Raval de Algemesí.....	188
Tabla 40. Activos para la salud individuales de las personas agentes de salud, barrio L'Alquerieta .....	204
Tabla 41. Activos para la salud grupales identificados por las personas agentes de salud, barrio L'Alquerieta .....	205
Tabla 42. Razones atribuidas por las personas agentes de salud a sus propios activos individuales en la mejora de su propia salud y la del barrio de L'Alquerieta .....	206

Tabla 43. Razones atribuidas por las personas agentes de salud a sus activos grupales para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta .....	207
Tabla 44. Personas – activos para la salud identificadas por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta.....	208
Tabla 45. Grupos o asociaciones – activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta.....	209
Tabla 46. Servicios e instituciones – activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta .....	209
Tabla 47. Espacios físicos e infraestructuras – activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta .....	210
Tabla 48. Economía local – activos para la salud identificados por el grupo de agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta .....	210
Tabla 49. Cultura – activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta.....	211
Tabla 50. Razones atribuidas por las agentes de salud e informantes clave de los activos Personas identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta.....	212
Tabla 51. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Grupos o Asociaciones identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta .....	215
Tabla 52. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Servicios e Instituciones identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta .....	215
Tabla 53. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Espacios físicos e Infraestructuras identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta.....	217
Tabla 54. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Economía Local identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta .....	218

Tabla 55. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Cultura identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta .....	218
Tabla 56. Argumentos referidos por las personas informantes clave en relación a los aspectos positivos que las personas del barrio de L'Alquerieta para mejorar la salud.....	219
Tabla 57. Personas – activos para la salud identificadas por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta .....	220
Tabla 58. Grupos o asociaciones – activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta.....	220
Tabla 59. Servicios e instituciones – activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta .....	221
Tabla 60. Espacios físicos e infraestructuras – activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta.....	221
Tabla 61. Economía Local- activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta.....	222
Tabla 62. Cultura- activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta .....	222
Tabla 63. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Personas identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta.....	223
Tabla 64. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Grupos o Asociaciones identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta .....	223
Tabla 65. Razones atribuidas por el grupo de profesionales a los activos Servicios e Instituciones identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta .....	224
Tabla 66. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Espacios Físicos e Infraestructuras identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta .....	225
Tabla 67. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Economía local identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta.....	225

Tabla 68. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Cultura identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta.....	226
Tabla 69. Personas – activos para la salud identificadas por agentes de salud, informantes clave y grupo profesionales, barrio de L'Alquerieta.....	227
Tabla 70. Grupos o asociaciones- activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta .....	228
Tabla 71. Servicios e Instituciones – activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta.....	229
Tabla 72. Espacios físicos e Infraestructuras- activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta.....	230
Tabla 73. Economía local- activos para la salud identificados por el grupo de agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta .....	230
Tabla 74. Cultura- activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta.....	231
Tabla 75. Conexiones entre activos y propuestas de acción, barrio de L'Alquerieta .....	235
Tabla 76. Propuestas de acción para mejorar el barrio de L'Alquerieta .....	239
Tabla 77. Temas priorizados por los grupos de agentes de salud y profesionales, barrio de L'Alquerieta.....	240
Tabla 78. Resultados de la priorización de las propuestas de acción, L'Alquerieta.....	241
Tabla 79. Acciones comunitarias basadas en la dinamización del mapa de activos de L'Alquerieta y relacionadas con limpieza del entorno.....	244
Tabla 80. Descripción de la yincana “Nuestro barrio en movimiento: juegos en grupo”.....	245

## FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud .....	63
Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud .....	64
Figura 3. Etapas del modelo de intervención RIU .....	70
Figura 4. La Salud en el Río de la Vida .....	99
Figura 5. El paraguas salutogénico .....	100
Figura 6. Pirámide poblacional del barrio El Raval, 2008 .....	116
Figura 7. Pirámide poblacional de Algemés (sin El Raval), 2008 .....	116
Figura 8. Mapa de activos para la salud del barrio El Raval de Algemés previo a la fase de dinamización.....	155
Figura 9. Mapa de activos para la salud del barrio El Raval de Algemés tras la fase de dinamización.....	157
Figuras 10. Conexiones entre activos realizadas en la fase de dinamización del mapa del Raval de Algemés (1).....	161
Figuras 11. Conexiones entre activos realizadas en la fase de dinamización del mapa del Raval de Algemés (2).....	162
Figura 12. Conexiones realizadas en el mapa de activos de El Raval en el diseño del proyecto “Barri-Escola” .....	174
Figura 13. Pirámide de población del barrio de L'Alquerieta en 2010.....	181
Figura 14. Pirámide de población de Alzira (sin L'Alquerieta) en 2010.....	182
Figura 15. Mapa de activos para la salud del barrio de L'Alquerieta de Alzira .....	232
Figura 16. Conexiones realizadas en la fase de dinamización del mapa de activos para la salud de L'Alquerieta (1) .....	237
Figura 17. Conexiones realizadas en la fase de dinamización del mapa de activos para la salud de L'Alquerieta (2) .....	238

Figura 18. Conexiones realizadas en el mapa de activos de L'Alquerieta en el diseño de la acción “Nuestro barrio en movimiento: juegos en grupo” .....	249
Figura 19. “Nuestro Mapa de Activos para la salud” Barrio de El Raval – Algemés (versión inicial) .....	318
Figura 20. “Nuestro Mapa de Activos para la salud” Barrio de El Raval- Algemés (última versión) .....	319

## **RESUMEN**

### **Objetivos:**

1. Describir el proceso y resultados de elaboración de los mapas de activos para la salud de dos barrios en situación de elevada vulnerabilidad social en los que se lleva a cabo una intervención comunitaria participativa de promoción de salud
2. Describir el proceso y resultados de dinamizar el mapa de activos de cada uno de los barrios en una propuesta de intervención comunitaria en salud

### **Metodología:**

Estudio descriptivo en el que se utilizaron técnicas cualitativas de investigación social, concretamente entrevistas individuales y grupales y dinámicas participativas. Se realizó en los barrios El Raval de Algemés y L'Alquerieta de Alzira (Valencia) en 2010-2011 y 2012-2013, respectivamente.

Participaron ciudadanía (en su mayoría, mujeres españolas, españolas de etnia gitana y magrebíes) y profesionales de distintos servicios de la administración (fundamentalmente, de salud pública, asistencia sanitaria, servicios sociales y educación): en El Raval, 13 mujeres agentes de salud, 16 personas del tejido social (ciudadanía y asociaciones) y 27 profesionales; en L'Alquerieta, 7 agentes de salud, 19 del tejido social (ciudadanía y asociaciones) y 24 profesionales.

En la identificación de activos para la salud, se realizó una adaptación de las clasificaciones propuestas por Kretzmann y McKnight<sup>1</sup> y Foot y Hopkins<sup>2</sup> diferenciando seis categorías: personas, grupos y asociaciones, servicios e instituciones, espacios físicos e infraestructuras, economía local y cultura (esta última considerada únicamente en el barrio de L'Alquerieta). Los activos se clasificaron además según su ubicación en el territorio y de acuerdo con las categorías: en el barrio, en el resto del municipio, en la comarca y en otros lugares.

---

<sup>1</sup> Kretzmann J, McKnight JL, Dobrowolski S et al. *Discovering Community Power: A guide to mobilizing local assets and your organization's capacity*. Evanston: Asset-Based Community Development Institute School of Education and Social Policy Northwestern University; 2005.

<sup>2</sup> Foot J, Hopkins T. *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. London: Improvement and Development Agency; 2010.

Los activos para la salud fueron identificados de manera separada por el grupo de agentes de salud, por informantes clave (ciudadanía y profesionales) y por el grupo de profesionales. Dos miembros del equipo investigador realizaron el análisis de la información, discutieron los resultados y construyeron los mapas de cada barrio.

En la dinamización de los activos, se revisaron y completaron los mapas, se identificaron talentos y capacidades en personas de cada barrio, se establecieron conexiones entre activos (según tipología y localización) y se formularon y priorizaron propuestas de acción (según temas y población diana). La dinamización de los mapas fue realizada de manera conjunta por agentes de salud y profesionales.

Para la difusión de los mapas, se mantuvieron reuniones con responsables políticos y directivos de la administración, profesionales de distintos sectores, personal investigador y docente universitario.

En el diseño de las propuestas de intervención comunitarias en salud basadas en la dinamización de los mapas, se establecieron conexiones entre diferentes tipos de activos y localización territorial de acuerdo a la acción priorizada. En El Raval, el equipo investigador diseñó la intervención y en L'Alquerieta se incorporaron además profesionales, agentes de salud y tejido asociativo.

### **Resultados:**

La ciudadanía identificó activos para la salud en mayor medida que el personal técnico de los servicios públicos de la administración. Los activos más frecuentes fueron, en ambos barrios, las personas y los servicios e instituciones. Los activos identificados con menos frecuencia fueron los grupos y asociaciones (bajo tejido asociativo en los barrios, desconocimiento de las asociaciones del municipio y existencia de capital social “*bonding*”) y los espacios físicos e infraestructuras (escasos espacios verdes e instalaciones deportivas en los barrios y espacio público degradado).

El equipo investigador elaboró dos mapas de activos para la salud. La ciudadanía del segundo barrio representó gráficamente los activos utilizando Google Earth® (uso privado). Esta herramienta contribuyó a la alfabetización digital de la ciudadanía y a

la visualización del mapa por responsables de la política y de la planificación de los servicios pero no fue útil en la dinamización de activos.

Se establecieron conexiones entre activos de distinto tipo y territorio con enfoque de equidad (grupos de edad con mayor vulnerabilidad, género y procedencia cultural o etnia). Las propuestas de acción estaban relacionadas con la formación (las más numerosas), actividad física y deportiva, convivencia entre el vecindario y redes solidarias y de apoyo mutuo.

Se diseñaron dos actuaciones comunitarias basadas en la dinamización de activos teniendo en cuenta las necesidades sentidas de la población del estudio. En el barrio de El Raval, el equipo investigador diseñó un proyecto de intervención para apoyar al alumnado del barrio para finalizar la Educación Secundaria Obligatoria: proyecto “*Barri-Escola*”. En el barrio de L'Alquerieta, la ciudadanía, el personal técnico de los servicios y el equipo investigador diseñaron una yincana para promover la limpieza del espacio público y la actividad física en el barrio.

Las principales limitaciones del estudio fueron: el número reducido de participantes, la presencia mayoritaria de mujeres agentes de salud, los perfiles profesionales del personal técnico y el no contar con responsables de la política. Estas cuestiones pudieron haber influido en los activos identificados y sus conexiones. Así mismo, la evaluación del proceso y resultados de elaborar los mapas y dinamizarlos no fue considerada en el estudio.

### **Conclusiones:**

Los barrios en situación de elevada vulnerabilidad disponen también de activos que pueden ser conectados y dinamizados para la mejora de la salud de la población.

Las técnicas de investigación utilizadas para elaborar los mapas de activos y su dinamización resultaron válidas para trabajar en estos entornos. La clasificación de los activos en papel según tipología y localización fue muy productiva en la dinamización de los mapas.

Ciudadanía en situación de elevada vulnerabilidad y profesionales trabajan juntos en la dinamización de los mapas (se alcanza el nivel de co-producción en la escala de la participación). Se generan espacios de trabajo intersectorial para identificar activos y

diseñar acciones según necesidades. Se vinculan los activos a los determinantes sociales de la salud y a las acciones. Se establecen relaciones que tienden al reconocimiento y confianza entre grupos sociales distintos y el personal de los servicios (“*bridging and linking social capital*”).

La incorporación del enfoque de activos para la salud en el diseño de los proyectos de salud comunitaria y de promoción de salud así como su evaluación son futuras líneas de investigación en las que es necesario avanzar.

**Palabras clave:**

Activos para la salud, desigualdades en la salud, promoción de la salud, salud comunitaria, vulnerabilidad en salud, participación comunitaria.

## PRESENTACIÓN

Este trabajo de investigación nace en el contexto de una intervención comunitaria participativa en promoción de salud, “*Projecte RIU: Un riu de cultures, un riu de salut*”, que se lleva a cabo en entornos vulnerables de la comarca de La Ribera desde el Centre de Salut Pública d’Alzira en colaboración con la Fundació para el Fomento de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) y la administración local. En concreto, se ha desarrollado en los barrios El Raval de Algemesí, entre junio de 2010 y julio de 2011, y L’Alquerieta de Alzira, entre diciembre de 2012 y marzo de 2013, aplicando una metodología de investigación cualitativa desde la investigación-acción participativa.

Como autora de este trabajo, en primer lugar, quiero presentar brevemente mi posición profesional en relación al Projecte RIU. Soy licenciada en Psicología con formación específica en clínica y en mediación intercultural, “*Màster de Sociologia i Antropologia de Polítiques Públiques*” y he realizado la defensa del Trabajo Fin de Máster (TFM) bajo el título “*Mapeando los activos en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad social*”. Mi experiencia se centra en el desarrollo de proyectos de investigación e intervención en promoción de salud y reducción de desigualdades sociales en salud en contextos de alta vulnerabilidad social (inmigración, conductas adictivas, medio penitenciario, etc.) impulsados tanto desde la administración pública (Sanidad Penitenciaria, Salud Pública, Dirección General de Drogodependencias,...) como desde el tejido asociativo (en ONG o entidades sociales del ámbito de las conductas adictivas y la prevención de la infección por VIH/sida). Mi vinculación laboral con el proyecto RIU es la de técnica superior de investigación contratada en el proyecto a través de FISABIO y desempeñando una doble función: por un lado, coordinar e implementar la intervención comunitaria en dos barrios; y por otro lado, investigar sobre la intervención vinculando la acción con una línea de investigación dirigida a la promoción de salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad social.

En segundo lugar, el contexto y marco teórico del que parto es el de la promoción de la salud establecido en la Carta de Ottawa (1986) (1), los modelos de determinantes sociales en salud, la investigación-acción participativa y la perspectiva de reducción

de desigualdades sociales en salud y promoción de la equidad tomando en consideración los diferentes ejes de desigualdad (género, posición social, diversidad cultural, etc.). En este sentido, quizás está de más recordar que el campo de la salud es un campo de intervención sociopolítica. Por dejarlo claro desde el principio: hablar de salud es hablar de poder.

En el ámbito de la promoción de la salud, los principios fundamentales y líneas de acción que se establecen en las políticas públicas de ámbito internacional y nacional (nivel macro) se diluyen e invisibilizan en las políticas de ámbito autonómico (nivel meso) y posteriormente en el ámbito local. El proyecto RIU es un ejemplo de cómo aplicar una política pública de ámbito estatal al ámbito local en relación a la promoción de salud y la accesibilidad a los servicios y programas de salud en entornos vulnerables, los barrios (nivel micro), que son los más alejados del sistema sanitario. Se sigue un proceso de construcción y desarrollo de la intervención comunitaria de abajo a arriba (parte de la propia comunidad) rompiendo con la clásica estrategia hegemónica “*top-down*”. La evaluación de la intervención y la investigación de la misma permiten obtener herramientas y productos que son transferidos a la población general, aplicados a los ámbitos local y autonómico de las políticas. Un ejemplo de ello es la construcción de la herramienta de transferencia del modelo RIU a las Comunidades Autónomas (nivel meso) para acercar la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Sistema Nacional de Salud (documento político) a la población vulnerable (2). Otro ejemplo, estrechamente vinculado con el trabajo de investigación que se presenta, es la elaboración de los mapas de activos para la salud de dos barrios en situación de elevada vulnerabilidad y su dinamización en acciones de promoción de la salud.

Por otra parte, este trabajo tiene sentido por la orientación pública del modelo y de la metodología que se ha utilizado para su desarrollo. Se cuenta con la participación de diferentes actores protagonistas: población, profesionales y personal técnico de los diferentes servicios e instituciones de salud y otros con influencia sobre ella, el tercer sector, universidad y responsables de instituciones y cargos políticos de la administración local, autonómica y estatal. Y por último, señalar que se realiza una devolución pública del trabajo y microresultados conseguidos a todos los actores participantes, así como, en foros científicos y de investigación. Con ello, se asume el compromiso con el presente trabajo de fomentar el debate público.

Como se verá a continuación, en el capítulo 1, se presenta el contexto del objeto de estudio. Por un lado, nos aproximaremos a lo que entendemos que es la institucionalización y normalización de la salud<sup>3</sup>. Para ello, se realiza una revisión de los principios y recomendaciones de las principales conferencias y estrategias mundiales, internacionales y europeas relacionadas con la promoción de la salud, los determinantes sociales de la salud y los objetivos de desarrollo sostenible. Seguidamente, se revisa cómo se ha incorporado la estrategia de Salud en Todas las Políticas y Equidad en España. Seguidamente, se presenta el modelo de los determinantes de las desigualdades de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (3), la relación del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana con la equidad y finalmente, el proyecto RIU como modelo de intervención comunitaria en salud enmarcado en las políticas públicas españolas.

En el capítulo 2, situamos teórica y conceptualmente la investigación describiendo el proceso de salud-enfermedad desde la socioantropología y en particular desde la Sociología y Antropología Médica Crítica. A continuación, se revisa el concepto de empoderamiento en salud en la comunidad y su relación con los conceptos de capacidad de la comunidad, participación y capital social, así como, la investigación-acción participativa y su relación con la reducción de desigualdades sociales en salud. Por último, se describen los modelos vigentes en promoción de salud. De una parte, se presenta el modelo hegemónico biomédico establecido en promoción de salud. Y de otra, una crítica al mismo presentando el modelo de activos para la salud, el enfoque de desarrollo comunitario basado en activos de Kretzmann y McKnight (4), la teoría de la salutogénesis de Antonovsky (5) revisada por Lindström y Eriksson (6), las aportaciones del modelo señaladas por Morgan y Ziglio (7) para la revitalización de la salud pública y las contribuciones realizadas por diferentes autores en relación al propio concepto de activos, la metodología y experiencias de

---

<sup>3</sup> Entendemos por institucionalización y normalización lo apuntado por Santamarina “*normalización como el proceso cultural a través del cual se crea la norma, lo que implica la construcción de un sistema de discriminación, asignación y clasificación que permite la atribución de lo normal y lo anormal en una relación conjunta que siempre es arbitraria, flexible, inestable y problemática*”. Como “*institucionalización el proceso social mediante el cual se regulariza un fenómeno a través de estructuras sociales que son el producto de procesos históricos, culturales y políticos, y cuya representación más clara se constata en la aparición de instituciones y normativas reguladoras*”. Santamarina B. Ecología y Poder. El discurso medioambiental como mercancía. Madrid: Los libros de la Catarata; 2006.

elaboración de mapas de activos y la incorporación del enfoque de activos a las políticas públicas.

Una vez contextualizado y dotado de un marco teórico al objeto, en el capítulo 3 se muestran los objetivos generales y específicos del trabajo y las hipótesis de la investigación. El trabajo ha consistido en describir el proceso y resultados de elaborar los mapas de activos para la salud de dos barrios en situación de elevada vulnerabilidad y su dinamización en propuestas de intervención comunitaria participativa en salud, que se presentan en la sección de metodología y resultados. Se describen, de manera separada para facilitar su comprensión, los métodos y los resultados de cada uno de los dos procesos realizados: el primero de ellos, en el barrio El Raval de Algemés (capítulos 4 y 5), y el segundo, en el barrio L'Alquerieta de Alzira (capítulos 6 y 7). En los métodos, se describe el diseño de investigación, el ámbito de estudio, la población participante y el desarrollo del método con las técnicas de recogida y análisis de la información. En los resultados, se presentan: en primer lugar los activos para la salud identificados por la ciudadanía y profesionales participantes en el estudio; en segundo lugar, el mapa de activos; y, en tercer lugar, la dinamización del mapa para dar respuesta a una de las necesidades sentidas por la población y profesionales, así como, el diseño de una intervención comunitaria participativa basada en la dinamización del mapa de activos.

En el capítulo 8, se discuten los principales resultados del estudio, las limitaciones del mismo y las líneas futuras de investigación, y por último, en el capítulo 9, se muestran las conclusiones del estudio. Al final del documento, se han incluido tres anexos con algunos de los materiales utilizados en el proceso del barrio El Raval, los resultados de otro estudio sobre los temas de salud priorizados en L'Alquerieta y la intervención comunitaria participativa diseñada en dicho barrio.

**PARTE PRIMERA:  
INTRODUCCIÓN**

---

**CONTEXTO, MARCO TEÓRICO,  
OBJETIVOS E HIPÓTESIS**



# CAPÍTULO 1

## CONTEXTO: DEL CONOCIMIENTO DE LA SALUD A LO POLÍTICAMENTE CORRECTO

---

### 1.1. Institucionalización y normalización de la salud desde la creación de la Organización Mundial de la Salud

#### 1.1.1. “Salud en Todas las Políticas” y Equidad en el ámbito internacional

En 1948, se crea la Organización Mundial de la Salud. Este organismo se presentaba como un instrumento político para lograr acuerdos internacionales en aras de alcanzar unos objetivos mínimos en materia de salud a pesar de la diversidad de contextos socioeconómicos y políticos de los países. En su constitución, se recogían las dimensiones sociales de la salud, pero éstas se diluyeron prácticamente desde su comienzo. En los años cincuenta del siglo pasado, la atención sanitaria se dirigía fundamentalmente a la curación de enfermedades. La atención médica muy especializada y los avances farmacológicos, quirúrgicos y tecnológicos se centralizaban en los hospitales los cuales estaban situados en las ciudades, de forma que la atención era muy diferente a la que recibían las personas de zonas rurales o las que residían en entornos muy desfavorecidos. La salud de la población no podía seguir dependiendo exclusivamente de la vertiente terapéutica de la asistencia sanitaria, con los altos costes económicos que ello suponía, siendo necesario potenciar la prevención de las enfermedades. En cuanto a la salud pública en dicho período, se desarrollaban programas para luchar contra enfermedades frecuentes (por ejemplo, la malaria, la viruela o la tuberculosis) pero no contemplaban las condiciones sociales, económicas o laborales en las que vivían las personas, ni tampoco las necesidades de grupos específicos de población, como por ejemplo los más desfavorecidos. La necesidad llevó a la búsqueda de otras alternativas para prevenir los problemas de salud de las zonas más pobres (8).

En los años sesenta y principios de los setenta del pasado siglo, surgen los primeros programas de salud comunitaria que incorporan las dimensiones sociales de la salud. Estas intervenciones locales en países en desarrollo se basaban en el empoderamiento de la comunidad, es decir, en subrayar la participación de la población en la toma de decisiones en relación a su propia salud. Fue perdiendo valor poco a poco el peso atribuido tanto a la tecnología como a los profesionales de gran formación y se optó porque fueran los propios trabajadores de salud de la comunidad quienes ayudaran a la población. La educación sanitaria adquiere de este modo una gran relevancia y los programas desarrollados en China, América Latina, Sudáfrica o Filipinas, entre otros, son ejemplos de esta nueva manera de realizar prevención (8). En algunos, además, las actuaciones se centraban también en los determinantes políticos y económicos de la salud, tratando de redirigir el desequilibrio de las relaciones de poder incorporando el pensamiento de Freire (9) en las intervenciones. Los programas de salud comunitaria obtuvieron buenos resultados en entornos muy desfavorecidos y fueron impulsados por la OMS. Un ejemplo fue el libro *Health by the People* publicado por Kenneth Newell (10), Director de la División para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la OMS que recoge algunos de ellos y en el que pone de manifiesto el peso de los determinantes sociales de la salud y la ineficacia de los programas verticales de salud pública (sin participación de la comunidad) en la prevención de las enfermedades (8).

En 1977, la estrategia de la OMS “Salud para Todos en el año 2000” (11) fue considerada la política oficial persiguiendo como objetivo lograr una mayor equidad en salud en los países. Todas las personas debían disponer de las mismas oportunidades para cuidar su salud y las inequidades se producían por la falta de acceso a la alimentación, a la vivienda, a los servicios de salud, etc. Los principios de la estrategia fueron: 1) la atención primaria, 2) la participación de profesionales y la población y 3) la colaboración intersectorial. La estrategia ponía el foco en los determinantes sociales de la salud considerando que era necesario actuar en cinco áreas: 1) autocuidados, 2) acción intersectorial, 3) reorientación de los servicios sanitarios no sólo para la prevención, tratamiento y rehabilitación, 4) aumento de la cobertura asistencial, y 5) participación comunitaria.

En 1978, tuvo lugar en Kazajistán la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud organizada por la OMS-OPS y UNICEF. El objetivo principal de

la Declaración era alcanzar en el año 2000 un estado de salud que permitiera a las personas tener una vida económica y socialmente productiva. La salud es un derecho humano universal y las desigualdades en salud de la población son política, social y económicamente inaceptables. La clave para lograr el objetivo de Salud para Todos era el acceso a la atención primaria. La Declaración enfatizaba en su punto VIII *“Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores”* (12). Así pues, la atención primaria debía: 1) orientarse a los principales problemas de salud y ofrecer los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; 2) realizar actividades de educación sobre dichos problemas de salud y métodos preventivos (incluía promover el suministro de alimentación, agua potable y saneamiento, la salud materno-infantil, la salud sexual y reproductiva, la vacunación, etc.); 3) basarse en la acción intersectorial (trabajo conjunto y coordinado de los sectores salud, agricultura, ganadería, alimentación, industria, educación, vivienda, comunicaciones y otros); 4) fomentar la autorresponsabilidad y la participación comunitaria a través de la educación; 5) e incorporar la mirada de la equidad, priorizando la atención a las personas más necesitadas. La Declaración subraya que dicha atención primaria debía basarse en métodos y técnicas prácticas, con evidencia científica, aceptadas socialmente y que pudieran ser asumidas económicamente por los países. La propia Declaración finalizaba en el apartado X instando a los gobiernos a mantener *“una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme”* y a emplear los recursos a fines pacíficos asignando una parte a la atención primaria. Es importante reseñar que Alma Ata tuvo lugar en el contexto histórico de la Guerra Fría.

Siguiendo esta línea, en 1986, durante la celebración de la 39ª Asamblea Mundial de la Salud, se mantuvieron discusiones técnicas sobre la acción intersectorial para la salud a partir de *“grupos de trabajo sobre las inequidades en materia de salud; la agricultura, la ganadería, la alimentación y la nutrición; la educación, la cultura, la información y los modos de vida; y también un grupo sobre el medio ambiente que incluía agua y saneamiento, hábitat e industria”* (8,11). Los determinantes sociales de la salud y la intersectorialidad ocuparon una posición central en el modelo de atención primaria de salud propuesto en el programa Salud para Todos.

En este contexto surge el concepto de Promoción de la Salud. La OMS define la promoción de la salud como *“un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”* (13).

Los principios de la promoción de la salud, siguiendo a Paredes-Carbonell, son:

- *“Implicar activamente a la población en los aspectos de su vida cotidiana”* y no solamente realizar acciones con personas con riesgo de padecer enfermedades *“y en contacto con los servicios médicos”* (14)
- Actuar no sólo sobre las causas de las enfermedades sino también sobre los determinantes de la salud.
- Utilizar *“distintos enfoques combinados para mejorar la salud, incluyendo educación e información, desarrollo y organización comunitarios y acciones legales y de defensa de la salud”* (14)
- Fomentar la participación.
- Subrayar el papel que profesionales de la salud, sobre todo de atención primaria, tienen en la promoción de la salud.

Estos principios fueron desarrollados en la Carta de Ottawa (1) resultado de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud celebrada el 21 de noviembre de 1986 cuyos referentes fueron: la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria (12), el documento “Salud para Todos” de la OMS (11) y el debate sobre la intersectorialidad en salud mantenido en la 39ª Asamblea Mundial de la Salud, expuestos anteriormente.

La Carta de Ottawa señalaba que *“para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debía ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio*

*ambiente*”. Establecía como prerequisites para la salud: “*la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad*” (1). Por tanto, subrayaba la estrecha relación existente entre condiciones sociales y económicas, entorno físico y salud.

La Carta de Ottawa identificaba tres estrategias básicas para la promoción de la salud:

1. Abogacía por la salud para crear las condiciones sanitarias esenciales: “*factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, comportamentales y biológicos*” (1) pueden favorecer o perjudicar la salud.
2. Capacitar para alcanzar la equidad en salud: “*Reducir las diferencias en el estado de salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial*” (1). Es necesario para ello que haya un contexto que la apoye, el acceso a la información, desarrollar habilidades para la vida y que existan oportunidades para elegir libremente a favor de la salud.
3. Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses de la sociedad. Es necesaria “*la acción coordinada de todos los agentes implicados: gobierno, sector sanitario, social y económico, autoridades locales, organizaciones benéficas, industria y medios de comunicación*” (1). Son los grupos sociales y profesionales y el personal sanitario quienes deben asumir la responsabilidad de mediar a favor de la salud si existen intereses enfrentados.

Estas estrategias se apoyaban en cinco áreas de acción prioritarias:

1. *Elaborar una política pública saludable*

La salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno. Ha de ser tomada en cuenta en las políticas sanitarias y no sanitarias (de trabajo, vivienda, fiscalidad, educación, etc.), en la legislación y en las organizaciones. Desde la promoción de salud, se requiere identificar y eliminar barreras que impidan que se puedan adoptar medidas que favorezcan la salud desde otros sectores que no son salud.

## *2. Crear entornos que apoyen o favorezcan la salud*

La finalidad principal consiste en crear entornos físicos y sociales que favorezcan la salud de las personas (como se enfatiza con posterioridad en la Declaración de Adelaida sobre Política Pública Saludable). Son lugares donde viven las personas, como por ejemplo: su barrio, su hogar, su lugar de trabajo, de ocio, acceso a recursos sanitarios, etc. Los cambios en determinados sectores, como por ejemplo, en trabajo, urbanismo, energía, tecnología, etc. influyen en la salud de la población.

## *3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud*

Se trata de fomentar la participación de la comunidad a la hora de establecer prioridades en salud, tomar decisiones para mejorarla, planificar estrategias e implementarlas. Esta idea se relaciona con el concepto de empoderamiento para la salud de la comunidad. El empoderamiento implica que las personas y organizaciones utilizan sus propias habilidades y recursos existentes en la comunidad en esfuerzos colectivos destinados a abordar prioridades y satisfacer necesidades sanitarias y tener un mayor control sobre los determinantes de la salud.

En este sentido, se constata un cambio de perspectiva pasando de un modelo médico tradicional centrado en la enfermedad y los factores de riesgo (orientación patogénica) a un modelo centrado en la salud y los factores que la promueven (orientación salutogénica). El rol asumido por profesionales de la salud también cambia en este enfoque. Se trata de trabajar conjuntamente con las personas, considerándolas como agentes activos del cambio y no como sujetos pasivos sobre las que intervenir.

## *4. Desarrollar las habilidades personales*

Con información, educación para la salud y apoyando a la población se logra el desarrollo de habilidades que permiten a las personas tomar decisiones y poner en marcha comportamientos saludables. Son denominadas también habilidades para la vida. Algunos ejemplos son: la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas, el pensamiento creativo y crítico, el autoconocimiento, habilidades sociales y la gestión de las emociones. El aprendizaje de estas habilidades ha de ser promovido desde los entornos en los que viven las personas (los centros educativos, el hogar, el trabajo o los barrios).

### 5. *Reorientar los servicios sanitarios*

Los servicios de salud han de orientarse hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y no solamente al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Además, el personal sanitario ha de ser sensible a las necesidades sentidas por la población y tomar en consideración los condicionantes socioculturales que determinan su forma de vida y su estado de salud. Es necesario incorporar cambios en la organización de los propios servicios de salud y del trabajo profesional situando en el centro de los mismos a las personas. Así mismo, como es desde la acción intersectorial desde donde se mejorará la salud de la población, el personal de asistencia sanitaria y de salud pública puede desempeñar un papel clave de enlace entre sectores.

La Carta de Ottawa, en 1986, supuso, por tanto, el nacimiento de la promoción de la salud, estableciendo los principios y estrategias de acción prioritarias, y el inicio de un nuevo estilo de trabajo en salud pública que superaba los problemas de las décadas anteriores. Supuso también la deconstrucción del paradigma hegemónico en salud pública cuyo foco, siguiendo el modelo médico tradicional, estaba puesto en la prevención, es decir, en desarrollar acciones dirigidas a la no enfermedad y al control de los riesgos asociados a estas enfermedades. Surgen pues dos vertientes en promoción de salud:

- por un lado, la que pone el énfasis en los comportamientos individuales y cuyo enfoque es el de las habilidades para la vida. Desde esta orientación, adquiere importancia el trabajo educativo para el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y de manejo de las emociones;
- y por otro, la vertiente relacionada con los procesos de cambio social (asociada al pensamiento marxista) con un enfoque social dirigido a: empoderar a las personas, fomentar la colaboración entre actores y transmitir conocimiento a través de la problematización de la realidad.

La Carta de Ottawa fue concebida como una estrategia para el cambio social: la promoción de la salud vinculada a los procesos de desarrollo humano, social, local, económico, etc. (15). De forma que, las cartas y declaraciones firmadas posteriormente en las sucesivas conferencias mundiales de promoción de salud hasta la actualidad, han mantenido el principio de equidad en salud para toda la población

y lo que hace cada una de ellas es enfatizar determinados aspectos clave como veremos a continuación.

En la Segunda Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Adelaida (Australia) en abril de 1988 (16) el foco se puso en la acción intersectorial y el impacto en salud de todas las políticas públicas. Se señalaba la necesidad de que todos los sectores de gobierno de los países, como la agricultura, el comercio, la educación, la industria y las comunicaciones consideraran la salud en la elaboración de las políticas públicas y evaluaran el impacto de éstas en la salud de la población. Era necesario establecer alianzas entre el gobierno, representantes institucionales y empresariales, sindicatos, organismos no gubernamentales y otras organizaciones comunitarias para impulsar acciones relacionadas con la salud. La conferencia identificó como prioridades de acción inmediata:

- *apoyo a la salud de las mujeres* para facilitar: su participación igualitaria en el trabajo como cuidadoras, mecanismos de apoyo para la realización del trabajo de cuidar a otras personas y prácticas de parto basadas en sus preferencias y necesidades;
- *alimentación y nutrición de acceso universal*;
- *reducir la producción, comercialización y consumo de tabaco y alcohol*;
- *y creación de entornos físicos y sociales propicios para la salud.*

En la Tercera Conferencia Mundial de Promoción de Salud celebrada en Sundsvall (Suecia) en 1991, el acento se puso en los entornos favorables a la salud. El compromiso de los gobiernos se recogió en la Declaración de Sundsvall (17) y comprendía un llamamiento a la acción para un desarrollo sostenible del medio ambiente con iniciativas para la creación de entornos propicios para la salud que contaran con apoyo a nivel local, nacional e internacional y la participación de diferentes sectores, especialmente educación, transporte, vivienda, urbanismo, industria y agricultura. Así mismo, subrayaba también la necesidad de reforzar la acción social: la participación y control por parte de la comunidad. La Conferencia destacó cuatro dimensiones de un entorno propicio:

- *la social: normas, costumbres y procesos sociales que influyen sobre la salud*;

- la política: los gobiernos han de garantizar la participación democrática y descentralizar responsabilidades y recursos;
- la económica: redistribución de recursos a favor de la salud para todos y un desarrollo sostenible;
- la de género: el reconocimiento y utilización de las competencias y conocimientos de las mujeres en todos los sectores, incluyendo la economía y política.

Las estrategias clave de la Declaración de Sundsvall para promover la creación de entornos propicios fueron:

1. *“Fortalecer la defensa de la salud mediante la acción comunitaria, en particular a través de grupos organizados por mujeres.*
2. *Permitir a las colectividades y las personas que ejerzan el control de su salud y su medio ambiente educándoles y confiriéndoles poder.*
3. *Establecer alianzas en favor de la salud y los ambientes favorables a fin de fortalecer la cooperación entre las campañas y estrategias sanitarias y medioambientales.*
4. *Mediar entre los intereses conflictivos de la sociedad para asegurar un acceso equitativo a ambientes favorables a la salud” (17).*

En junio de 1992, se celebró La Cumbre de la Tierra de Río. En la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (18), se clarificó el concepto de desarrollo sostenible:

*“Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza” (principio 1)*

*“A fin de alcanzar el desarrollo sostenible, la protección del medio ambiente deberá ser parte integrante del proceso de desarrollo y no podrá considerarse en forma aislada» (principio 4)*

Como resultado de dicha conferencia, surgió Agenda 21, el programa de acción para el siglo XXI con recomendaciones relacionadas con: salud, vivienda, contaminación

del aire, gestión de los mares, bosques y montañas, desertificación, gestión de recursos hídricos y saneamiento, gestión de la agricultura, de residuos, etc. En la conferencia, se ratificó la Convención sobre el Cambio Climático con la necesidad de reducir las emisiones de gases efecto invernadero firmándose en 1997 el Protocolo de Kyoto, la Declaración sobre los Bosques y el Convenio sobre la Diversidad Biológica.

La Declaración de Yakarta (19) sobre la Adaptación de la Promoción de la Salud al siglo XXI, adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud que se celebró en julio de 1997 en Yakarta (Indonesia) enfatizó la colaboración intersectorial incluyendo por primera vez al sector privado. Este hecho coincide en el tiempo con la supremacía del neoliberalismo caracterizado por el énfasis en la privatización, la reducción del papel intervencionista del Estado y la liberalización de los mercados. Desde el neoliberalismo, el crecimiento económico es considerado la clave para el desarrollo rápido y para una vida mejor para todos. Por tanto, defiende que los países deben impulsar políticas para estimular el crecimiento sin preocuparse por las consecuencias sociales. Los recortes sociales son considerados duros a corto plazo para la población más desfavorecida pero, desde el neoliberalismo, son vistos como una ganancia a largo plazo porque dichas políticas crearán un clima favorable a la inversión y al desarrollo económico acelerado. Las reformas del sector salud neoliberales se dirigieron a tratar de resolver: el gasto del sector salud, la mala gestión de los sistemas, el acceso inadecuado a los servicios por las personas pobres y la calidad deficiente de los servicios. Las medidas adoptadas no lograron resolver estos problemas.

La declaración de Yakarta reiteraba el compromiso mundial en las cinco estrategias de acción de la Carta de Ottawa:

- el abordaje integral de la salud basado en métodos que combinen las cinco estrategias de la Carta;
- distintos entornos (escuela, trabajo, servicios de salud, etc.) ofrecen oportunidades para desarrollar estos métodos;
- la participación de la comunidad es fundamental: las personas han de situarse en el centro de la promoción de la salud y son los protagonistas en la toma de decisiones;

- el aprendizaje continuado sobre salud favorece la participación de la comunidad: es necesario el acceso a la educación y disponer de información.

La declaración estableció como acciones prioritarias:

1. *“Promover la responsabilidad social por la salud”. Las políticas y prácticas han de evitar perjudicar la salud de las personas, han de proteger el medio ambiente y el uso sostenible de recursos, reducir y/o evitar la producción y comercio de sustancias nocivas, proteger a la ciudadanía y evaluar el efecto de las políticas sobre la salud y que estén centradas en la equidad.*
2. *“Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud” con un enfoque intersectorial, sobre todo, en educación, vivienda y salud y que reflejen las necesidades de ciertos grupos (mujeres, niños, mayores, indígenas y poblaciones pobres y marginadas).*
3. *“Consolidar y ampliar alianzas estratégicas en pro de la salud”: intersectoriales, a todos los niveles de gobierno y de la sociedad.*
4. *“Aumentar la capacidad de la comunidad y empoderar al individuo”: se trata de trabajar con la población y no sobre ella. La capacidad de la comunidad requiere educación útil, aprendizaje para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento necesita poder acceder al proceso de toma de decisiones, de conocimientos y aptitudes para realizar cambios.*
5. *“Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de salud”: buscar vías de financiación local, nacional y mundial; incentivar medidas tomadas por gobiernos, organizaciones no gubernamentales, educativas y el sector privado; lograr colaboración intersectorial; documentar experiencias de promoción de salud por medio de la investigación e informes de proyectos para mejorar la planificación, ejecución y evaluación (19).*

En la Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, “Hacia una mayor equidad”, celebrada en Ciudad de México en junio de 2000 (20) el foco se puso en lograr una mayor equidad dentro de cada país y entre países y en el desarrollo de planes de acción. La equidad había sido implícitamente el hilo conductor en todas las conferencias internacionales que se acaban de describir, pero las desigualdades

socioeconómicas seguían en aumento y, por tanto, repercutiendo negativamente en la salud de la población. Las acciones prioritarias planteadas fueron:

1. *promover “la salud como prioridad en las políticas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales”;*
2. *asumir “el papel de liderazgo para asegurar la participación intersectorial y de la sociedad civil” en poner en marcha actuaciones de promoción de salud;*
3. *apoyar “planes de acción nacionales” que posibilitaran:*
  - *identificar prioridades de salud e implementar programas para dar respuesta a estas necesidades,*
  - *investigar en temas prioritarios,*
  - *movilizar recursos financieros para elaborar, ejecutar y evaluar de planes de acción a nivel nacional;*
4. *“establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales” para la promoción de la salud;*
5. *impulsar que los organismos de Naciones Unidas asuman la responsabilidad del impacto en salud de sus programas;*
6. *informar a la OMS de los avances en la ejecución de las acciones anteriores.*

Unos meses después, en septiembre del 2000, se firma la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en la que se recogen los siguientes objetivos (conocidos por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (21)) estableciéndose 2015 como fecha para el seguimiento de los mismos. Dichos objetivos fueron:

1. *“Erradicar la pobreza extrema y el hambre*
2. *Lograr la enseñanza primaria universal*
3. *Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer*
4. *Reducir la mortalidad infantil*
5. *Mejorar la salud materna*
6. *Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades*
7. *Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente*

## 8. *Fomentar una asociación mundial para el desarrollo*

La Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en agosto de 2005 tuvo como resultado la Carta de Bangkok (22). Los aspectos centrales de la declaración fueron impulsar políticas y alianzas para *empoderar a las comunidades* y lograr la equidad en salud. Las medidas requeridas son:

1. *“abogar por la salud” como derecho humano universal*
2. *“invertir en políticas, medidas e infraestructuras sostenibles” para influir sobre los determinantes de la salud*
3. *desarrollar políticas y prácticas de promoción de salud, transferir los conocimientos e investigación y facilitar educación sanitaria*
4. *redactar normas y leyes para garantizar la protección e igualdad de oportunidades para la salud*
5. *“establecer alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para que las medidas sean sostenibles”.*

En la Carta de Bangkok se hizo un llamamiento a la acción para que la promoción de la salud fuera:

1. *un componente esencial en la agenda mundial*: se requiere que los gobiernos traten de reducir las desigualdades interviniendo para ello sobre los mercados y el comercio y llegando a acuerdos entre el las naciones, la sociedad civil y el sector privado. Se cita como ejemplo el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
2. *“una responsabilidad esencial de todo el gobierno”*: invertir en salud desde todos los sectores y financiar la promoción de la salud. Se planteaba la necesidad de realizar una evaluación del impacto sanitario de todas las políticas con enfoque de equidad.
3. *“un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil”*: facilitar el empoderamiento de las comunidades para que puedan tener mayor control sobre los determinantes de la salud y realizar peticiones a los gobiernos y al sector privado para que expongan los efectos en la salud de sus actuaciones.

Los proyectos de base comunitaria, los grupos de la sociedad civil y las organizaciones de mujeres son ejemplos de prácticas a seguir en promoción de la salud.

4. “*un requisito de las buenas prácticas empresariales*”: el sector empresarial ha de garantizar la seguridad en el entorno laboral, prevenir riesgos y promover el bienestar de quienes trabajan. Las prácticas comerciales responsables y el comercio justo así como promover incentivos y normas reguladoras desde los gobiernos son ejemplos a seguir.

En 2005, la OMS creó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud con la finalidad de recabar pruebas sobre cuáles eran las medidas e intervenciones que permitieran fomentar la equidad en salud y promover un movimiento mundial para lograr este objetivo: políticas basadas en actuar sobre los determinantes sociales de la salud. La propia Comisión puso de manifiesto en uno de sus informes (8) las resistencias que iban a surgir al implementar programas basados en este enfoque:

1. *desde el sector salud*, la clase médica ocupa una posición privilegiada y no desea perder el poder que la sociedad le ha otorgado. Puede ser reacia a que otros sectores ejerzan cierto control sobre temas de salud y a ceder protagonismo a la población a la hora de llevar a cabo programas de salud. Los intereses económicos están también en la base de esta actitud de reticencia: las intervenciones dirigidas a tratar y curar las enfermedades son más lucrativas que la participación en programas de promoción de salud.
2. *desde los gobiernos nacionales*, puede haber una actitud de resistencia a que se dirijan los fondos de salud a otros ministerios por la posible pérdida de poder que ello puede suponer. Además, los resultados cuantificables de estos programas se obtienen a largo plazo suponiendo para los gobiernos una inversión de tiempo, energía y recursos que en muchas ocasiones no están dispuestos a asumir. Si además tenemos en cuenta que muchas de las intervenciones se realizan en entornos vulnerables en los que puede darse una baja participación política de la población, la consecuencia es clara: no resulta eficaz en términos electorales.
3. *desde el sector empresarial*, los enfoques de promoción de la salud pueden no resultar rentables. Algunos ejemplos son los intereses de las grandes

tabaquerías, de las compañías de bebidas alcohólicas, de las empresas de comida no saludable, de automóviles, de armas o la propia industria farmacéutica. La Comisión puede hacer recomendaciones contrarias a los intereses de estas grandes empresas.

4. *desde las organizaciones internacionales*, como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional, se apoya la liberalización y privatización de los mercados, con una menor acción por parte del Estado, y con recortes en las políticas públicas, como son la salud, la educación o los servicios sociales.

La Comisión al prever las resistencias que iban a surgir, podía desarrollar estrategias apropiadas para cambiarlas o al menos reducir su impacto. La clave estaba en crear una red de alianzas y asociaciones con actores influyentes a diversos niveles: instituciones mundiales, gobiernos y responsables políticos nacionales, el sector privado y la sociedad civil. En 2008, La Comisión emitió un informe (23) con tres principios básicos de acción:

- *“mejorar las condiciones de vida”* de las personas. Se pone el foco en la salud y la educación durante los primeros años de vida y en la infancia, impulsar políticas de desarrollo urbano sostenible con perspectiva de equidad (acceso a la vivienda, mejora de los barrios vulnerables, movilidad y transporte, control y regulación de alimentos y bebidas alcohólicas, etc.), inversión en zonas rurales, medidas para afrontar el cambio climático, condiciones dignas y seguras en el trabajo y protección social a lo largo de la vida (sanidad universal y de calidad).
- *“luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos”*. Urge incorporar medidas en la legislación, la formulación y financiación de políticas para luchar contra las desigualdades de género en todos los ámbitos. La salud y la equidad han de incorporarse en todas las políticas públicas de los gobiernos y evaluar el impacto de las mismas en la salud de la población. En este sentido, se ha de posibilitar la participación de la sociedad civil en la formulación de las políticas. Se han de destinar fondos internacionales a desarrollar un marco de acción basado en los determinantes sociales de la salud y la distribución equitativa de los fondos públicos. En relación al comercio, se requiere evaluar las consecuencias sobre la salud de los acuerdos

económicos y reforzar el papel del Estado en la prestación de los servicios básicos que influyen en la salud y en la regulación de algunos servicios (tabaco, alcohol y alimentos).

- *“medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, ampliar los conocimientos, disponer de personal capacitado en materia de determinantes sociales de salud y sensibilizar a la opinión pública”.*

En esa misma dirección, Europa también se ha movido. Durante la Presidencia de la Unión Europea en 2006, Finlandia planteó la “Salud en Todas las Políticas” considerando que era necesario tratar de forma transversal, intersectorial e interministerial la salud de la población. Algunas ideas clave que surgieron fue: la salud es un activo; las políticas tienen efecto sobre la salud; los determinantes de salud son mediadores entre las políticas y los resultados de salud y su distribución entre los grupos de población; y lo más importante, que las políticas pueden influir en la salud, en sus determinantes y en la equidad en salud de manera positiva o negativa. Se subrayó que la Salud en Todas las Políticas se podía conseguir y que existían mecanismos para impulsarlas. Posteriormente, diversas Presidencias de la Unión Europea abordaron la equidad en salud centrándose en las necesidades de los grupos desfavorecidos de la población (migrantes excluidos en Portugal en 2007; y la población gitana en Francia en 2008, en República Checa y España en 2010).

La Declaración de Roma sobre Salud en Todas las Políticas (2007) manifestó la voluntad de integrar la salud en todas las políticas públicas y en todos los niveles. Consideraba que:

- la salud está determinada por factores externos al sector sanitario
- es necesario reconocer y contrastar la desigualdad en salud
- es imprescindible desarrollar alianzas a nivel internacional, nacional, regional y local entre las políticas en el sector salud y otros: colaboración intersectorial
- la falta de protección en salud lleva a graves consecuencias económicas
- la “Evaluación del Impacto sobre la Salud” es el método más adecuado para la integración de la salud en todas las políticas

En mayo de 2009, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución 62.14, con un llamamiento a los estados para reducir las inequidades actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

En la Séptima Conferencia Mundial sobre Promoción de Salud celebrada en Nairobi (24) en octubre de 2009, el foco se puso en reducir las inequidades en salud a través de la promoción de la salud con especial atención a los países de ingresos bajos y medios. Las estrategias propuestas en el llamamiento a los gobiernos fueron:

- “*Construir capacidades para la promoción de la salud*” a partir de la abogacía por los determinantes sociales de la salud, financiación adecuada para la promoción de la salud, capacitar a profesionales, evaluar las intervenciones con métodos de mejora de la calidad y mejorar los sistemas de información incluyendo indicadores relacionados con la equidad.
- “*Integrar la promoción de la salud en los sistemas de salud*”: abogando por la salud desde todos los sectores y la participación comunitaria; incorporando la promoción de la salud en todas las etapas de la vida en los servicios sanitarios y programas; logrando el acceso universal a la sanidad (eliminando barreras en el uso de los servicios y programas y adaptándolos a la diversidad de la población); y generando evidencia científica a través de la investigación, evaluación y la difusión de las buenas prácticas.
- “*Alianzas y acción intersectorial*”: incluyendo el enfoque de los determinantes sociales de la salud y la equidad en todas las políticas, programas e investigación; impulsando la implementación de intervenciones con enfoque de equidad y la evaluación de las mismas generando una base de buenas prácticas.
- “*Empoderamiento comunitario*”: reconocer a las comunidades (incluso las que se encuentran en situación de exclusión social) y facilitar su participación en los procesos de toma de decisiones, en la ejecución de las intervenciones y en su evaluación; asignar financiación para desarrollar las intervenciones propuestas por la comunidad, entre otros.
- “*Alfabetización y comportamiento en salud*”: La alfabetización en salud significa desarrollar habilidades que facilitan el acceso a la información en

salud y a los servicios así como poder tomar decisiones para tener una buena salud. En la Carta, se destaca crear y mantener redes comunitarias que permitan la participación, llevar a cabo intervenciones educativas basadas en las necesidades y prioridades de la comunidad, facilitar el uso de las TICs y generar evidencia a partir de las acciones de alfabetización en salud realizadas.

Un año después, en 2010, la Declaración de Adelaida, resultado de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, mantenía que el objetivo era identificar “*principios y vías fundamentales que contribuyen a la acción en pro de la salud en todos los sectores de los gobiernos y en hacer que el sector salud contribuya a la consecución de los objetivos de otros sectores*”. El desarrollo social, económico y medioambiental se puede conseguir sin que suponga un detrimento de la salud de la población. Es necesaria la acción intersectorial en favor de la salud estableciendo alianzas con el sector privado y la sociedad civil. La declaración señala una relación de herramientas e instrumentos que han sido útiles desde la perspectiva de Salud en Todas las Políticas citando, entre otros, “*los comités interministeriales e interdepartamentales, los equipos de acción intersectoriales, los presupuestos integrados, los sistemas de información y evaluación transversales, las consultas con la comunidad, las evaluaciones del impacto o los marcos legislativos*” (25).

El sector salud desempeña un nuevo rol en la integración de la Salud en Todas las Políticas: aprender a colaborar con otros sectores tratando de comprender sus agendas políticas; generar espacios de diálogo, conocimiento y trabajo colaborativo entre profesionales de diferentes departamentos; capacitar y motivar a profesionales de la salud para este fin; incorporar la evaluación de las políticas públicas sobre la salud de la población (como el análisis con enfoque de equidad o la evaluación del impacto en salud); o generar evidencia científica y compartirla (25).

En 2010, en la Región Europea de la OMS, una comisión presidida por Marmot (26) presentó una revisión sobre los determinantes sociales y la brecha en salud proponiendo acciones desde los niveles nacional, regional y local para ampliar y sistematizar acciones para reducir desigualdades en salud actuando sobre los determinantes.

La Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud (27) firmada en 2011 reitera los principios y disposiciones de las conferencias anteriores. Las políticas han de centrarse en los determinantes sociales de la salud y abarcar:

- *“Adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo”*. Destaca, entre otras acciones: la función rectora de los Ministerios de Salud; formular políticas globales con una atención especial a los grupos en situación de vulnerabilidad; dedicar una especial atención al género y al desarrollo en la infancia; apoyar la investigación para generar evidencia en la que basar las intervenciones; apoyar a los sectores para incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud; facilitar el acceso universal a los servicios sociales y a los medicamentos.
- *“Fomentar la participación en la formulación y aplicación de políticas”* de todos los agentes (con mención expresa a la sociedad civil) y sectores (incluyendo el privado y teniendo en cuenta los conflictos de intereses).
- *“Seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias”*. Se subraya la necesidad de disponer de unos servicios de salud accesibles, asequibles y de calidad y tender a una cobertura universal equitativa a lo largo de la vida y en especial de la atención primaria. Para ello, se han de establecer y/o mantener sistemas para financiar la salud y mancomunar riesgos.
- *“Fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo”*. Entre las medidas propuestas se destaca: alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio; aplicar el Convenio Marco para el Control del Tabaco y las medidas consensuadas por la ONU sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en el resto de países; o apoyar la función rectora de la OMS sobre gobernanza en materia de salud y equidad.
- *“Vigilar los procesos y reforzar la rendición de cuentas.”* Los sistemas de vigilancia han de incorporar datos desagregados para evaluar desigualdades en lo que se refiere a resultados sanitarios, asignación y uso de recursos. Los indicadores y programas han de contemplar a todo el gradiente social. Se requiere evaluar la eficacia de las intervenciones y además los resultados de las investigaciones han de ser accesibles a toda la sociedad.

Finaliza la declaración manifestando que no es una declaración moral y de derechos humanos sino una acción indispensable y se insta a los países desarrollados a destinar el 0,7% del PIB a la asistencia oficial para el desarrollo antes del 2015 y a los países en desarrollo a aplicar medidas para cumplir lo acordado.

Un año después, en junio de 2012, se celebró la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, Río +20 (veinte años después de la Cumbre de la Tierra de Río). Se centró en dos temas principales: 1) cómo construir una economía ecológica para lograr el desarrollo sostenible y eliminar la pobreza; 2) cómo mejorar la coordinación internacional para el desarrollo sostenible. Resultado de la cumbre fue el documento *“El futuro que queremos”* (28). Fue muy criticada porque no suponía un compromiso fuerte para los gobiernos, los responsables políticos no rindieron cuentas a la sociedad civil (ni siquiera asistió el presidente de los EEUU), no se plantearon los principales temas en materia ecológica, ni se establecieron directrices futuras.

En 2012, la OMS acuerda Salud 2020. El objetivo de este marco de política europea es *“promover la salud y el bienestar, reducir desigualdades en salud, fortalecer la salud pública y asegurar los sistemas de salud centrados en la población que han de ser universales, equitativos, sostenibles y de alta calidad”*. Sin embargo, los costes de la atención sanitaria son elevados y la situación de crisis económica mundial hace que los gobiernos recorten los presupuestos en materia de sanidad. No obstante, incorporar el enfoque de equidad en las políticas redundará en reducir el gasto sanitario. A pesar de ello, muchos países no abordan las desigualdades sociales en salud. Por ello, Salud 2020 plantea dos objetivos estratégicos: *“1) mejorar la salud para todos y reducir desigualdades en salud y 2) mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud”*. Para lograrlos, se requieren poner en marcha intervenciones intersectoriales que se hayan mostrado efectivas y que las administraciones y organismos en materia de salud junto con la sociedad civil asuman la abogacía en aras de la salud. La estrategia plantea cuatro áreas de acción prioritarias:

- *“Invertir en salud a través de aproximaciones a lo largo de la vida y del empoderamiento de la población”*

- *Afrontar los mayores desafíos de salud de Europa: enfermedades transmisibles y no transmisibles*
- *Fortalecer los sistemas de salud centrados en las personas, la capacidad de la salud pública y la preparación para emergencias, vigilancia y respuesta*
- *Crear comunidades resilientes y entornos de apoyo”*

La Octava Conferencia de Promoción de Salud (29) celebrada en Helsinki (Finlandia) en junio de 2013 reitera los mismos aspectos de la declaración de Río sobre los Determinantes Sociales con un mayor énfasis en la responsabilidad que los gobiernos deben asumir. Se insta a los países a que la salud y la equidad sanitaria sean una prioridad política incorporando dicho enfoque en todas las políticas. Para lograr este objetivo, se solicitan estructuras eficaces, procesos y recursos y que sean los Ministerios de Salud los que asuman el liderazgo y medien. La sociedad civil puede jugar un papel fundamental en la elaboración, ejecución y seguimiento de las políticas. Así mismo, se requieren auditorías y que responsables de los gobiernos puedan rendir cuentas sobre el impacto de las políticas en la salud de la población. En este sentido, se han de establecer medidas para manejar el conflicto de intereses entre los diferentes agentes dadas las consecuencias negativas del comercio y los mercados en la salud de la población.

En 2015, se publica el informe de Naciones Unidas sobre el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (30). El informe concluye que la hoja de ruta a nivel mundial ha sido útil dado que ha permitido obtener resultados favorables en cada uno de los objetivos marcados en el año 2000. Sin embargo, la brecha de la desigualdad es patente entre los países afectando a las personas más pobres y a las que se encuentran en situación de vulnerabilidad por razón de género, etnia, edad, territorio (zonas rurales versus urbanas, zonas de conflicto armado, etc.) o diversidad funcional. En 2016, los objetivos fueron revisados pasando a denominarse Objetivos de Desarrollo Sostenible (31) incluyendo otros nuevos relacionados con el cambio climático y el medio ambiente, el trabajo y el consumo, la innovación y la paz y la justicia. De nuevo, se establecieron otros 15 años para revisar la consecución de los 17 objetivos.

Por último, en noviembre de 2016, se celebra en Shanghai la Novena Conferencia sobre la Promoción de Salud en la Agenda 2030 y pone el énfasis en tratar de lograr los Objetivos del Desarrollo Sostenible en los próximos 15 años (32). En ella, se pone de manifiesto los efectos devastadores del consumo y comercio exacerbado, la producción masiva y las potentes fuerzas económicas en el medio ambiente y la salud de la población. Las políticas económicas actuales generan elevadas tasas de elevado desempleo, pobreza y condiciones de trabajo que atentan contra la salud. Los beneficios económicos no pueden estar por encima de la salud de la población. En este sentido, insta a los gobiernos, entre otras medidas, a “*reforzar la legislación, la reglamentación y fiscalidad de los productos no saludables*”, “*introducir la cobertura sanitaria universal*”, “*reforzar la gobernanza mundial para las cuestiones sanitarias transfronterizas*” o poner en valor la medicina tradicional. Se deben abordar los desplazamientos masivos de la población a otros países, el deterioro del medio ambiente y la contaminación así como los problemas de salud y dificultades de acceso a los servicios sanitarios de las zonas pobres de las ciudades. Por tanto, los gobiernos se comprometen a: *promover la inclusión social* teniendo en cuenta las capacidades y necesidades de las personas; maximizar el acceso equitativo a los servicios sanitarios; realizar inversión para aumentar y mejorar el conocimiento sanitario; elaborar, poner en marcha y evaluar estrategias para mejorar los conocimientos y control de la población sobre su salud utilizando también las TICs; y establecer políticas de regulación y control de precios y etiquetado claro de los productos para facilitar la toma de decisiones en el consumo.

De esta revisión de las diferentes conferencias mundiales de promoción de la salud (la tabla 1 muestra de manera resumida las principales aportaciones de cada una de ellas), señalar, en primer lugar, que las tres primeras y la octava se celebraron en países del norte global mientras que el resto tuvieron lugar en países del sur global lo que puede ser interpretado como una concesión simbólica. Señalar además que la última conferencia que enfatiza los efectos negativos de la producción y el consumo no sostenibles, se celebra en Shanghai, considerada actualmente como la ciudad de mayor crecimiento del mundo.

En segundo lugar, en todas ellas, se evidencia la elaboración de un discurso institucional y hegemónico clave con unos principios, objetivos y líneas prioritarias de acción y un llamamiento al compromiso político de los gobiernos para su

cumplimiento. Las sucesivas cartas y declaraciones siguen un mismo hilo conductor sin que se produzcan contradicciones entre ellas, sino que cada una amplía y pone el foco en determinados aspectos clave. No obstante, los objetivos a alcanzar de “salud para todos”, “salud en todas las políticas” o “reducir desigualdades sociales en salud” de las sucesivas cartas y declaraciones no se han conseguido en los plazos de tiempo marcados por lo que parecen más declaraciones de buenas intenciones que metas realistas a alcanzar.

A pesar de ello, es necesario que se sigan manteniendo para promover que de manera progresiva los gobiernos firmantes puedan incorporar las acciones en la agenda política y tratar de que los países no asistentes puedan ir sumándose. Incluir las recomendaciones en la agenda política hará que sea más probable que puedan ser tenidas en cuenta por quienes planifican y toman decisiones en los diferentes niveles de gobierno (estatal, autonómico y local).

**Tabla 1. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: principales aportaciones**

Año	Reuniones	Resumen
1986	1ª Conferencia Ottawa, Canadá	Dirigida a conseguir el objetivo “Salud para Todos en el año 2000” y más allá de éste Énfasis en una nueva concepción de salud pública, desde el concepto de promoción basado en el autocuidado y la acción intersectorial en salud
	Carta de Ottawa	Destacó ocho factores como condiciones y recursos para la salud Estrategias: construir políticas públicas saludables; crear entornos favorables a la salud; fortalecer la acción comunitaria; desarrollar habilidades personales; reorientar los servicios de salud
1988	2ª Conferencia Adelaida, Australia	<b>“Políticas públicas favorables a la salud”</b> Enfatizó la obligación de los gobiernos de rendir cuentas sobre el impacto que tienen las políticas en la salud Destacó cuatro áreas para una acción inmediata en salud pública: apoyar la salud de la mujer; mejora de la seguridad alimentaria; reducir el consumo de tabaco y alcohol; y crear ambientes saludables
		<b>“Podemos hacerlo”</b> Énfasis en la equidad y la interdependencia de las personas Centrada en crear ambientes favorables para la salud Destacó cuatro aspectos de los medios favorables a la salud: la dimensión social; la política; la económica; y reconocer y utilizar las habilidades y conocimientos de las mujeres
1991	3ª Conferencia Sundsvall, Suecia	<b>“Nueva era, nuevos actores; adaptar la promoción de la salud al siglo XXI”</b> Destaca la participación del sector privado Enfatiza la participación social y las capacidades de las personas
1997	4ª Conferencia Yakarta, Indonesia Declaración de Yakarta	<b>“Hacia una mayor equidad”</b> Énfasis en lograr la equidad dentro de cada país y entre países Destacó la aportación de la Promoción de la Salud en las políticas y proyectos promoviendo los planes de acción
2000	5ª Conferencia Ciudad de México	<b>“Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria”</b> Orientada a reducir las desigualdades en materia de salud
2005	6ª Conferencia Bangkok, Tailandia	Define las estrategias y compromisos que han de cumplirse urgentemente para subsanar las deficiencias en salud y el desarrollo, haciendo uso de la Promoción de la Salud para lograrlo
2009	7ª Conferencia Nairobi, Kenia	Centrada en el enfoque Salud en Todas las Políticas (STP) Enfatiza que los gobiernos incorporen la salud y la equidad en salud en sus agendas y avancen estructuras, recursos y capacidad institucional de apoyo a la estrategia
2013	8ª Conferencia Helsinki, Finlandia Declaración de Helsinki	<b>“Salud para todos y todos para la salud”</b> Enfatiza el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible en los próximos 15 años
2016	9ª Conferencia Shanghai	

### **1.1.2. “Salud en Todas las Políticas” y Equidad en España**

La Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 recogían ya la necesidad de actuaciones para avanzar hacia la equidad en salud. Ésta última establecía como objetivo garantizar el acceso a las prestaciones, la calidad y la participación ciudadana.

En 2008, la reducción de desigualdades sociales en salud se consideró una prioridad para la legislatura y se creó la Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en España con el objetivo de elaborar una propuesta de intervenciones en este sentido (33).

En 2009, se presentó el “Informe mundial de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud” de la OMS en España. En 2010, año de la presidencia española de la UE, una de las prioridades elegidas por el Ministerio de Sanidad fue “Innovación en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud” y se elaboró un informe independiente (34).

En mayo de 2010, la Comisión para Reducir Desigualdades en Salud en España presentó el documento *“Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir desigualdades sociales en salud en España”* (3) junto con el análisis de la situación y las políticas para reducirlas (35). El Plan de Salud de Andalucía, el del País Vasco o la Ley de Barrios son ejemplos de ellas.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) edita con carácter bienal informes elaborados por profesionales e investigadores de salud pública sobre las políticas sociosanitarias y estrategias para mejorar la salud de la población. En este sentido, el informe SESPAS 2010 (36) trata de *“contribuir al avance de la incorporación del principio Salud en todas las políticas en la Salud Pública en España”*.

Hasta 2010, la salud pública en España no había incorporado el enfoque de los determinantes sociales de la salud ni las desigualdades. De manera generalizada, las intervenciones en salud se basaban en un abordaje biomédico centrado en los problemas de salud y no en sus causas, a excepción de los hábitos de salud que eran tratados sin tener en cuenta la dimensión social de los mismos. En este sentido, la

mayoría de profesionales de la salud pública pertenecían al ámbito de la medicina y enfermería. En los últimos años, se aboga por la “*pluriprofesionalidad*” (37) y la formación de profesionales de distintas disciplinas del ámbito de las ciencias sociales y de la salud que realicen una formación común (máster) en salud pública y que se continúe la actualización de los conocimientos a través de la formación continuada. Dicha formación es necesaria también para incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud y la equidad en las intervenciones. Así mismo, se propone elaborar un libro blanco sobre formación en salud pública (36).

Profundizando en el tema de la equidad, un estudio de Peiró-Pérez et al (38) analizó la sensibilidad a las desigualdades por género, nivel socioeconómico, inmigración y minorías étnicas en los programas de promoción de salud en las escuelas, salud maternal (embarazo, parto y puerperio) y prevención de lesiones por tráfico en España en 2008. El estudio concluyó que no todos los programas de salud verticales diseñados por las autoridades para ser implementados a nivel local incorporaban el enfoque de reducir desigualdades y algunos sólo lo hacían parcialmente. En el caso de los programas de promoción de salud en las escuelas, sólo en dos Comunidades Autónomas (en adelante, CCAA) los programas tenían una alta sensibilidad a las desigualdades. En la promoción de la salud maternal, trece CCAA disponían de numerosos materiales de apoyo y actuaciones sensibles a las desigualdades probablemente por las directrices del Observatorio de Salud de las Mujeres para incorporar el enfoque de género y equidad (39). Era necesario continuar avanzando en esta línea pues en los documentos programa no figuraba el enfoque de equidad. Finalmente, en los programas de prevención de lesiones por tráfico sólo dos CCAA lo incorporaban.

Tampoco las políticas públicas sanitarias en aquel momento eran sensibles al enfoque de equidad. El Grupo MAR de investigación impulsado desde la Agència de Salut Pública de Barcelona elaboró un informe (40) para el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el que se revisaron las estrategias nacionales y planes autonómicos vigentes en España en 2008 sobre cáncer, cardiopatía isquémica, ictus, diabetes, salud mental y cuidados paliativos y si eran sensibles a las desigualdades por género, nivel socioeconómico, etnia, edad y territorio. El grupo concluyó que la mayoría de las estrategias y planes analizados contemplaban la equidad y reducción de desigualdades en salud en los principios y valores. La mayoría de las estrategias y

planes realizaban un análisis de situación en la que se reflejaba el enfoque de género (mayoritariamente, desagregación por sexo) y territorio. Sin embargo, aunque en los objetivos y líneas de acción (contenidos operativos) de algunos planes estaban presentes, resultó difícil de visualizar en actuaciones concretas. De los problemas de salud analizados, fueron el cáncer, la salud mental y los cuidados paliativos los que en mayor medida eran sensibles a las desigualdades incluyendo uno o varios ejes de desigualdad la mayoría de las CCAA.

Estos dos estudios ponen de manifiesto la falta de orientación por parte del Ministerio de Sanidad para abordar las desigualdades sociales en salud en aquel momento. En 2010, coincidiendo con la presidencia española de la Unión Europea, es cuando se establece como prioridad abordar las desigualdades en salud y se crea un comité para estudiar la situación en España (41).

El informe de SESPAS de 2010 muestra también como son escasas las intervenciones desde otros sectores con influencia sobre la salud. Por ejemplo, uno de los temas que aparentemente es responsabilidad del sector salud como la prevención del sobrepeso y la obesidad en la infancia y adolescencia requiere de acciones relativas a la publicidad, el transporte, la educación, las características urbanísticas de los entornos o el acceso a la comida a precios razonables, entre otras. La Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) en este sentido es un ejemplo a seguir. Otro ejemplo del trabajo intersectorial se puede encontrar en algunas intervenciones de movilidad muy interesantes recogidas por Román y Pernas en el libro “*¡Hagan sitio, por favor!*” (42). Pero todavía queda mucho camino por recorrer. Algunos ejemplos son la educación en la infancia y adolescencia, el trabajo en la edad adulta, el envejecimiento activo o la sostenibilidad ambiental y su influencia en la salud de la población. Como señala Urbanos, las políticas del sector salud y de otros sectores, aún más en tiempo de crisis, “*han de estar debidamente coordinadas y han de complementarse con compromisos a diferentes niveles de gobierno, sector privado y ONG*”. Se trata de impulsar el “*modelo de gobernanza en red*”. Para ello se requieren instrumentos eficaces de coordinación y cooperación entre niveles de gobierno, sectores y colectivos (quienes toman decisiones, profesionales, sociedad civil, responsables empresariales, etc.) (43).

La acción comunitaria en salud promovida desde la administración era escasa y heterogénea tanto en directrices como en experiencias prácticas (44). En atención primaria, se orientaba a “la prevención clínica y a la educación sanitaria individual”. En 1987, se creó el grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) desde la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria contribuyendo a la formación de profesionales. En 1996, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria creó el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Actualmente, se mantiene la red de centros de atención primaria Actuando Unidos por la Salud (AUPA) que lleva a cabo intervenciones comunitarias. Desde ella, se impulsa un programa formativo conjunto para profesionales de atención primaria y salud pública en el que se comparten experiencias de acción comunitaria. El que se realicen proyectos de intervención comunitaria desde atención primaria va a depender entre otros factores de la motivación de los profesionales, de la formación que hayan recibido y del apoyo de la dirección (45). Se pueden encontrar experiencias de acción comunitaria impulsadas o en las que participa atención primaria en la Red de Actividades Comunitarias y en la revista Comunidad del PACAP (46), la Red de Profesionales de Atención Primaria de Zonas con Necesidades de Transformación Social en Andalucía, Asturias Actúa o la Red Española de Ciudades Saludables.

Desde Salud Pública, destaca “*Salut als barris*” (47) como proyecto de intervención comunitaria que es posible realizar a partir de la “*Ley 2/2004, de 10 de junio, de mejora de barrios, áreas urbanas y villas que requieren atención especial (Llei de Barris) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*” (48). La ley contempla financiación a la que podían optar los ayuntamientos para proyectos de mejora integral de los barrios. La estrategia “*Salut als barris*” actuaba sobre los determinantes sociales de la salud, se basaba en el trabajo intersectorial y la participación en el análisis de necesidades y toma de decisiones de todos los agentes sociales implicados.

Entre otros aspectos, tal y como señalan Pasarín et al (44) es necesario que salud pública y atención primaria trabajen de manera colaborativa e integrada en la implementación de programas de salud comunitaria. La realización de los mismos no puede depender de la voluntad de los profesionales que trabajan en los servicios. La salud comunitaria debería integrarse en las políticas de salud, en la formación, en los

contratos a proveedores y en la cartera de servicios y organización de los mismos. Además de estos aspectos, los autores señalan que es necesario, entre otros, avanzar en los siguientes aspectos:

- incluir la salud comunitaria en la cartera de servicios
- establecer mecanismos de coordinación entre profesionales del sector salud y también de otros sectores
- crear sinergias y distribuir roles entre los diferentes agentes (responsables políticos, gerentes, personal técnico y agentes de la comunidad)
- sumar a profesionales del sector salud (asistencia sanitaria y salud pública) y de otros sectores; el liderazgo no lo debe asumir asistencia sanitaria para evitar la medicalización de la acción
- formar en salud comunitaria al personal sanitario
- contar con la participación de la comunidad en todas las fases de la acción: detección de necesidades, priorización, diseño, ejecución y evaluación de la acción.

Segura y Oñorbe establecían en el informe SESPAS de 2010 la necesidad de que la administración central fuera el motor de la salud pública y que apoyara a las administraciones autonómicas y locales. El marco general de funcionamiento podía ser la Ley General de Salud Pública que estableciera una cartera mínima de servicios que permitiera mejorar la calidad y la equidad. Los servicios de salud pública son competencia de las administraciones autonómicas y necesitaban también actualizarse. En relación a la investigación sobre determinantes sociales de la salud, ésta era escasa. Era necesario redefinir prioridades de investigación en salud y del presupuesto correspondiente así como fomentar la traslación de la investigación a la acción. En este sentido, tampoco se evaluaban el impacto de las intervenciones en salud (37).

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (49) recogía entre sus principios la equidad y la salud en todas las políticas y se recogía de manera transversal el enfoque de reducir desigualdades sociales en salud. El título II capítulo 1 sobre derechos de la ciudadanía a las actuaciones en salud pública recoge

explícitamente el derecho a la igualdad: “...sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, ...”. El título II capítulo II que versa sobre la promoción de la salud determina que “las acciones irán dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas...”. Consta explícitamente colaborar “con las entidades y organizaciones que desarrollen actividades de salud pública, especialmente, en relación con los grupos más desfavorecidos o discriminados...”. En el capítulo V sobre gestión sanitaria figura como objetivo “la mejora de la salud de la población y la reducción de desequilibrios sociales y territoriales”. En el capítulo VII sobre evaluación del impacto en salud establece “prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud...”. El capítulo IX sobre los sistemas de información en salud pública señala que éstos han de integrar indicadores de los condicionantes de la salud. En el título IV capítulo II sobre investigación determina como prioridad los condicionantes sociales en la salud pública.

Sin embargo, la entrada en vigor un año después del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (50), paraliza la Ley General de Salud Pública y supone la ruptura de los consensos políticos y sociales alcanzados previamente.

El informe SESPAS de 2012 incide de nuevo en la necesaria colaboración de la salud pública y la atención primaria siendo necesario que se lleven a cabo cambios en la estructura, organización y funcionamiento de los servicios (51). Sin embargo, la carga asistencial, la formación de profesionales orientada al cuidado y la disminución de recursos dificultaban desarrollar intervenciones comunitarias desde atención primaria. Hernández-Aguado et al (52) planteaban en dicho informe una extensa relación de recomendaciones dirigidas a diferentes actores (ciudadanía y comunidad, equipos de atención primaria-centro de salud y nivel local y política de salud) en cinco líneas de intervención: 1) “información para la acción”, 2) “participación social” estableciendo mecanismos que la faciliten y promoviendo que el personal de atención primaria desarrolle acción comunitaria en salud, 3) “formación y

*capacitación*” en el enfoque de equidad, 4) *“intersectorialidad”*, creando órganos de trabajo colaborativo entre sectores y 5) *“reorientación de la atención a la salud”*, señalando como ejemplos la cobertura universal de la atención, ampliar la cobertura de determinadas prestaciones (visuales, auditivas, rehabilitación,...) o potenciar la promoción basada en los determinantes sociales de la salud.

En relación a las intervenciones de salud comunitaria desde la promoción de la salud, Cofiño et al (53) recogían las dificultades existentes entonces y proponían las siguientes actuaciones:

1. Frente al interés exacerbado en realizar diagnósticos comunitarios de las situaciones de salud con un enfoque basado en los déficits: incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, la participación comunitaria, la investigación cualitativa y el enfoque de activos para acentuar los recursos para ganar salud que también tienen las comunidades.
2. Ante la falta de transferencia del conocimiento y de provocar cambio social: elaborar y difundir la información adaptada a todos los agentes y sectores; crear espacios de relación intersectorial y ciudadana en lo local, participar y difundir utilizando las TICs; capacitar e investigar en determinantes sociales y salud comunitaria, especialmente en atención primaria.
3. En relación a la necesidad de evidencia de las actividades de salud comunitaria y la confusión entre promoción y prevención: impulsar la evaluación y revisión de la evidencia en salud comunitaria; incorporar las actividades de promoción como práctica habitual en atención primaria; y generar redes de intercambio de conocimiento y experiencias.

A modo de resumen, el informe SESPAS 2012, planteaba que la atención a la salud era cada vez menos universal y contaba con presupuesto insuficiente (50). La atención primaria no consideraba los determinantes sociales de la salud, salvo excepciones que dependían de la voluntad del personal, y no se diferenciaban las tareas de salud pública de las de asistencia sanitaria. Seguía siendo necesario reorientar los servicios de salud dejando de realizar actividades preventivas poco efectivas, incorporando la promoción de la salud en las agendas y reducir la sobremedicalización. El personal sanitario necesitaba formación en determinantes sociales de la salud y salud comunitaria e incorporar en las intervenciones y la

investigación el modelo de activos para la salud, las técnicas cualitativas y la participación comunitaria. Todo un reto a alcanzar.

En 2014, se publicó el informe SESPAS dirigido a analizar el impacto de la crisis en la salud, en las desigualdades y en los determinantes, describir los cambios en el sistema sanitario en respuesta a la crisis y proponer actuaciones para reducir los efectos de la misma (54). Reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud con perspectiva comunitaria según lo establecido en la Carta de Ottawa y su desarrollo en las sucesivas declaraciones mundiales en promoción de salud impulsando políticas intersectoriales que actúan sobre los determinantes sociales de la salud resultó ser la estrategia fundamental.

Ya que es sabido que en tiempos de crisis, las políticas de reducción del gasto público favorecen las colaboraciones entre las grandes corporaciones y las administraciones con intereses contrapuestos que pueden repercutir negativamente en la salud de la población, las sociedades científicas han de: promover la imparcialidad en las políticas que se adopten; tratar de evitar que las administraciones apoyen a las grandes empresas que causan problemas de salud; crear la figura de un *“comisionado de salud pública como autoridad científica en materia de salud que respondiese ante el parlamento”*; realizar un análisis crítico de los problemas y respuestas; y generar alianzas para la formación independiente de los y las profesionales (55). Gran parte de estas medidas son consecuencia de la necesidad de financiación, procedente generalmente del sector privado durante la crisis, por lo que sería necesario incrementar la fiscalidad para las grandes empresas y fortunas y perseguir el fraude fiscal para poder mantener la independencia en las actuaciones.

Márquez-Calderón et al (56) revisan la situación de la promoción de la salud y el rol del sector sanitario encuestando a un grupo de personas expertas de salud pública y atención primaria quienes proponen para mejorar la promoción en salud: 1) desarrollar intervenciones comunitarias con la administración local y otros sectores y fortalecer el liderazgo del sector sanitario en ellas; 2) utilizar los medios de comunicación y la legislación para promover la salud de la población; 3) mejorar la coordinación dentro de la administración evitando duplicidades; 4) continuar impulsando las iniciativas de los años anteriores para reducir las desigualdades de

género y las centradas en poblaciones vulnerables; y 5) considerar como grupos prioritarios en promoción de salud la infancia y adolescencia, personas desempleadas, dependientes o en situación de exclusión. Señalan como barreras que dificultan los avances en promoción de la salud: las leyes y reformas que vulneran los derechos de la población, la reducción de la financiación y de los servicios, el “*burnout*” de profesionales, el aumento de la pobreza de la población o los intereses de la industria farmacéutica.

De todo lo anteriormente expuesto se desprende que aunque Salud en Todas las Políticas, el enfoque de equidad y reducir desigualdades sociales en salud han estado cada vez más presentes en la agenda política, en los últimos años en España con el gobierno del Partido Popular, se ha producido un claro retroceso. Las políticas públicas de salud, educación, renta, vivienda y empleo en España han recortado prestaciones y presupuestos y han supuesto una vulneración de los derechos de la ciudadanía, aumentando las desigualdades.

La sociedad científica de salud pública y administración sanitaria se ha posicionado en los diferentes informes SESPAS desde 2010 hasta la actualidad a favor de incorporar Salud en Todas las Políticas, el trabajo colaborativo de salud pública y asistencia sanitaria e incorporar el enfoque de determinantes sociales de la salud y reducir desigualdades. Sin embargo, se echa en falta un mayor activismo en la defensa de los derechos y reivindicación del cumplimiento de los compromisos adquiridos por los gobiernos.

La promoción de la salud y los principios que se establecieron en la Carta de Ottawa siguen vigentes 25 años después. Sin embargo, desde las administraciones públicas, la acción comunitaria en salud basada en sus fundamentos continúa siendo escasa. Responsables políticos de las direcciones de salud pública o asistencia sanitaria y las direcciones de los departamentos de salud y de los servicios no la han impulsado. Tampoco ni profesionales de la salud pública ni de atención la han incorporado de manera generalizada en su práctica diaria salvo excepciones. Si además la actuación es sobre poblaciones en situación de vulnerabilidad social, las acciones se reducen todavía más. Por otra parte, desde los servicios, se continúan realizando actuaciones que se ha probado no resultan efectivas con el consiguiente malgasto de recursos profesionales y, en definitiva, económicos. Es cierto que en los últimos años se están

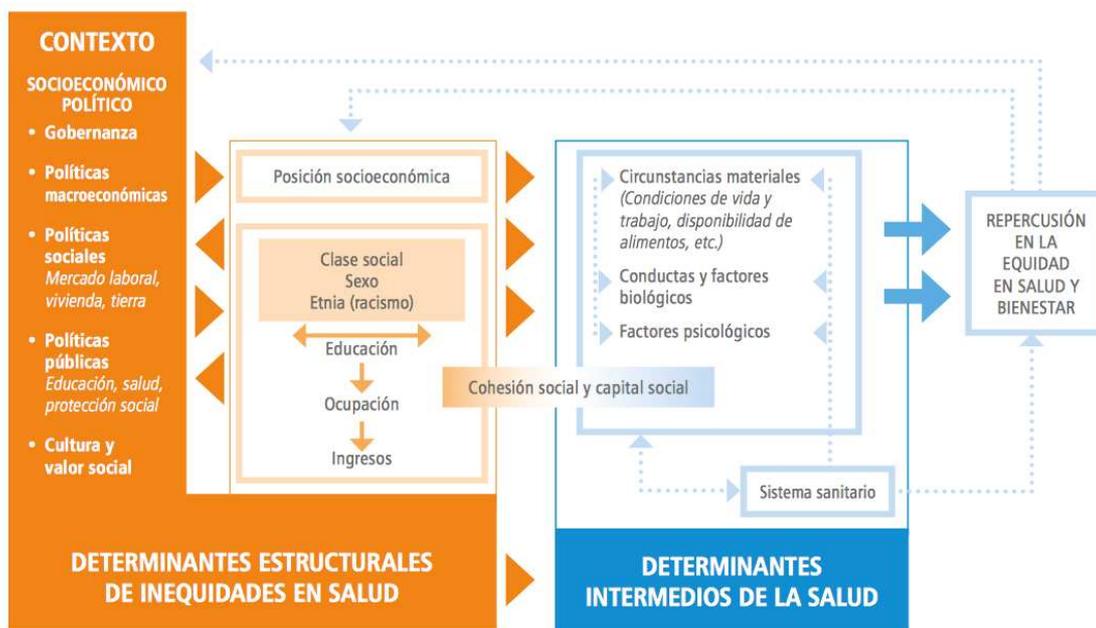
realizando esfuerzos desde algunas Comunidades Autónomas (Asturias, Andalucía, etc.) para formar a profesionales en promoción de salud, salud comunitaria y desigualdades sociales, pero todavía queda mucho camino por recorrer. En lo que se refiere a la investigación, lamentablemente se ha visto muy perjudicada por la crisis y los temas de equidad en salud siguen sin ser una prioridad.

## **1.2. El modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en salud e intervenciones para reducirlas**

En España, existen zonas, barrios en donde se concentra población en situación de vulnerabilidad. Pobreza, altas tasas de desocupación, degradación del entorno urbano, infravivienda, escasa dotación de recursos y equipamientos públicos, caracterizan estos espacios y sitúan a la población en mayor riesgo de enfermar (34). Las poblaciones autóctona (mayoritaria) y la extranjera no mantienen habitualmente interacción social, y en ocasiones se detectan relaciones conflictivas. Coexisten en un mismo espacio pero no conviven en él. Las personas que viven en estas condiciones manifiestan las desigualdades más extremas en salud que, a la vez, son generadas por determinantes estructurales (57-59).

*“Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (57). “Son resultado de las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia” (3) y conllevan una peor salud entre los grupos sociales más desfavorecidos. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de Solar e Irwin, figura 1, es utilizado por la OMS para explicar cómo se producen las desigualdades sociales en salud.*

**Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud<sup>4</sup>**

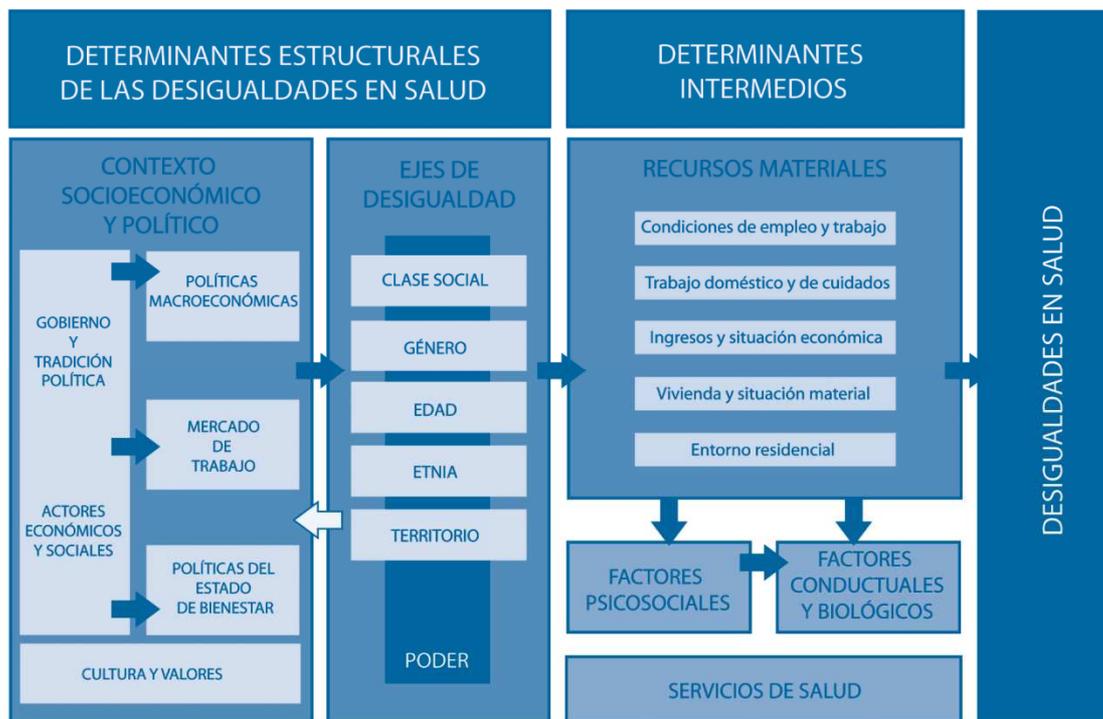


Fuente: Solar e Irwin, año 2010<sup>6</sup>

La Comisión para Reducir Desigualdades en Salud en España realiza una adaptación del modelo anterior para explicar las causas o factores que determinan las desigualdades en salud (figura 2).

<sup>4</sup>Tomado de: OMS. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Documento de trabajo. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasil, octubre 2011 (60).

**Figura 2. Modelo de los determinantes de las desigualdades sociales en salud<sup>5</sup>**



Los factores estructurales y los intermedios son los principales elementos del modelo. El contexto socioeconómico y político determina la salud de la población, es decir, el gobierno de un estado, los actores económicos y sociales (como por ejemplo las grandes corporaciones), las políticas macroeconómicas (fiscales, laborales, etc.), las políticas que afectan al mercado de trabajo, las políticas del Estado del Bienestar (educación, salud pública, atención sanitaria, protección social, etc.) y los valores sociales y culturales que las mantienen.

La clase social, el género, la edad, la etnia o procedencia cultural y el territorio son los principales ejes de desigualdad de la estructura social al provocar relaciones jerárquicas de poder, en las que algunos grupos (no necesariamente minoritarios, como es el caso de las mujeres) sufren situaciones de discriminación por el mero hecho de pertenecer a él. En los últimos años, se ha considerado incorporar la orientación sexual y la diversidad funcional como otros ejes de las desigualdades (61).

<sup>5</sup> Tomado de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España basado en Solar, Irwin y Navarro (3)

Estas diferencias configuran el estado de salud y los resultados de salud de las personas a través de su repercusión en los determinantes intermedios de la salud que son: las condiciones de empleo y trabajo (situación laboral, calidad del trabajo, riesgos laborales, organización y entorno psicosocial); el trabajo doméstico y de cuidados; el nivel de ingresos y situación económica; la calidad de la vivienda; y las características del área de residencia. Los recursos materiales repercuten en los aspectos psicológicos y sociales (apoyo social, estrés, locus de control, etc.) y en los comportamientos individuales y procesos biológicos relacionados con la salud. El acceso a los servicios de salud y prestaciones o la calidad de los mismos influyen también en los resultados de salud de la población pudiendo también generar desigualdades.

*“La evidencia subraya que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas” (59).* Las políticas para reducir desigualdades en salud son una prioridad y responden al objetivo número 2 de la Estrategia de Salud para el siglo XXI de la OMS: *“Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país, se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos”.* En el informe “Avanzando hacia la equidad” de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, señala los principios (3) que deben seguir las políticas para disminuir las desigualdades en salud son:

- mejorar la salud de toda la población mediante intervenciones poblacionales;
- tres enfoques: las que se centran en mejorar la salud de los grupos más vulnerables; las que tratan de reducir desigualdades entre estos grupos y los más favorecidos; y las que ponen el foco en reducir las desigualdades en todo el gradiente social;
- las intervenciones han de actuar sobre los determinantes sociales y por tanto han de ser multisectoriales;
- los servicios de salud se han de basar en principios de equidad;

- disponer de instrumentos para evaluar cuáles son las desigualdades en salud y el impacto de las intervenciones;
- promover la participación de la población más vulnerable en el diseño y desarrollo de las políticas;
- en el análisis de las desigualdades en salud y en las intervenciones se han de tener en cuenta los diferentes ejes de desigualdad.

En dicho informe, la Comisión realizó una serie de recomendaciones para poner en marcha políticas e intervenciones desde diferentes niveles y sectores de la administración que facilitan la reducción de desigualdades sociales en salud. Las recomendaciones tienen que ver con: “a) la distribución del poder, la riqueza y los recursos; b) con las condiciones de vida y trabajo a lo largo de la vida; c) con entornos favorecedores de salud; d) con los servicios sanitarios; y e) la vigilancia epidemiológica, investigación y docencia”.

### **1.3. La política pública sanitaria en la Comunitat Valenciana sensible a las desigualdades sociales en salud**

En la Comunitat Valenciana, el IV Plan de Salud 2016-2020 es la hoja de ruta que marca el desarrollo de las políticas autonómicas de salud, está alineado con las principales políticas públicas nacionales e internacionales y sigue las recomendaciones de la Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud. Su lema es “*Salud en todas las edades. Salud en todas las políticas*”. El plan se fundamenta en los modelos de determinantes de las desigualdades sociales en salud propuesto por la Comisión (3), el de la OMS de atención a la cronicidad (62), el de la Triple meta o mejora continua de la calidad (63) y el de salud positiva y activos para la salud (64).

En el Plan, la equidad es uno de sus principios transversales y se ha tenido en cuenta tanto en el análisis de necesidades y de resultados en salud, como en el acceso y uso de los servicios de salud y en la incorporación de la perspectiva de la diversidad y del género en las líneas estratégicas, en los objetivos y en las acciones. Así por ejemplo,

la línea estratégica 3 establece *“Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación”* y marca objetivos relacionados con vigilar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, detectar y prevenir la violencia de género, impulsar la Salud en Todas las Políticas, garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario siguiendo el principio del universalismo proporcional y promover el empoderamiento comunitario. En relación a la equidad en el acceso al sistema sanitario, merece especial atención la entrada en vigor del Decreto Ley 3/2015 de 24 de julio del Consell de la Generalitat Valenciana (65) en respuesta a la situación de limitación de la cobertura sanitaria del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, que garantiza la atención sanitaria y prestaciones a las personas extranjeras sin autorización de residencia en la Comunitat Valenciana que no tenían la condición de aseguradas.

En la Comunitat Valenciana, la acción para la promoción de la salud de la población se ordena (o regula) desde la red de centros de salud pública. Se entiende por salud pública *“el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger y promover la salud de las personas y prevenir la enfermedad mediante acciones colectivas.”* (Ley de Salud Pública de la Comunitat Valenciana, 2005). La Cartera de Servicios de Salud Pública en la Comunitat Valenciana queda establecida en la Orden 10/2012, de 24 de julio, de la Conselleria de Sanitat (66). En la línea de actuación 1.7 establece la promoción de la salud en colectivos específicos de la población con especial vulnerabilidad.

Los centros de salud pública dependen orgánicamente de la Direcció General de Salut Pública. El objetivo es conseguir una mayor implicación institucional especialmente de la administración local. En la Comunitat Valenciana, existen 16 Centros de Salud Pública para los 24 departamentos de salud. El Centro de Salud Pública de Alzira, desde donde se impulsa el proyecto RIU, tiene como ámbito de actuación los departamentos de salud Valencia-Doctor Peset (11 municipios) y La Ribera (29 municipios). El Centro de Salud Pública de Alzira impulsa RIU como subprograma de promoción de salud del departamento para actuar en poblaciones vulnerables siguiendo las indicaciones de la Cartera de Servicios en Salud Pública (67).

#### **1.4. “Proyecto RIU”: Promoción de salud en barrios en situación de elevada vulnerabilidad con enfoque de equidad**

El “*Proyecto RIU: Un riu de cultures, un riu de salut*” es un proyecto de salud comunitaria que sigue la estrategia basada en entornos y orientada a la comunidad para reducir desigualdades. Fue elegido como caso de buena práctica por la Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en España (3), en 2011 obtuvo el Premio de Calidad e Igualdad del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (68) y en 2014, fue seleccionado como buena práctica en relación a la Estrategia de Atención al Parto y la Salud Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (69).

El objetivo del proyecto es promover la salud y el bienestar de la población y facilitar el acceso y uso de los servicios sanitarios y programas preventivos en entornos en situación de vulnerabilidad social. Es posible su desarrollo en el ámbito local a partir de los convenios que se firman entre la administración local (Regidories de Benestar Social i Sanitat Ajuntament d'Algemesí y Ajuntament d'Alzira) y FISABIO. Así mismo, apoya su desarrollo la estructura de asistencia sanitaria del departamento de salud de La Ribera y los servicios sociales municipales. El proyecto tiene además una vertiente investigadora vinculándose actualmente al área de Desigualdades en Salud de FISABIO.

RIU significa río en valenciano, el “*Xúquer*” que recorre la comarca de La Ribera en la que se realiza la intervención. Significa ríe por la importancia del humor y la risa y las emociones en las relaciones entre las personas. Y son las siglas de Replica, Innova y Une, términos clave en la intervención por el carácter de transferir competencias, de utilizar métodos innovadores y por aproximar y acercar a la población (de los barrios y entornos vulnerables al resto del municipio, entre personas de diferentes culturas), a profesionales (que trabajan en diferentes sectores) y hacia la población.

### **1.4.1. Características del modelo de intervención RIU**

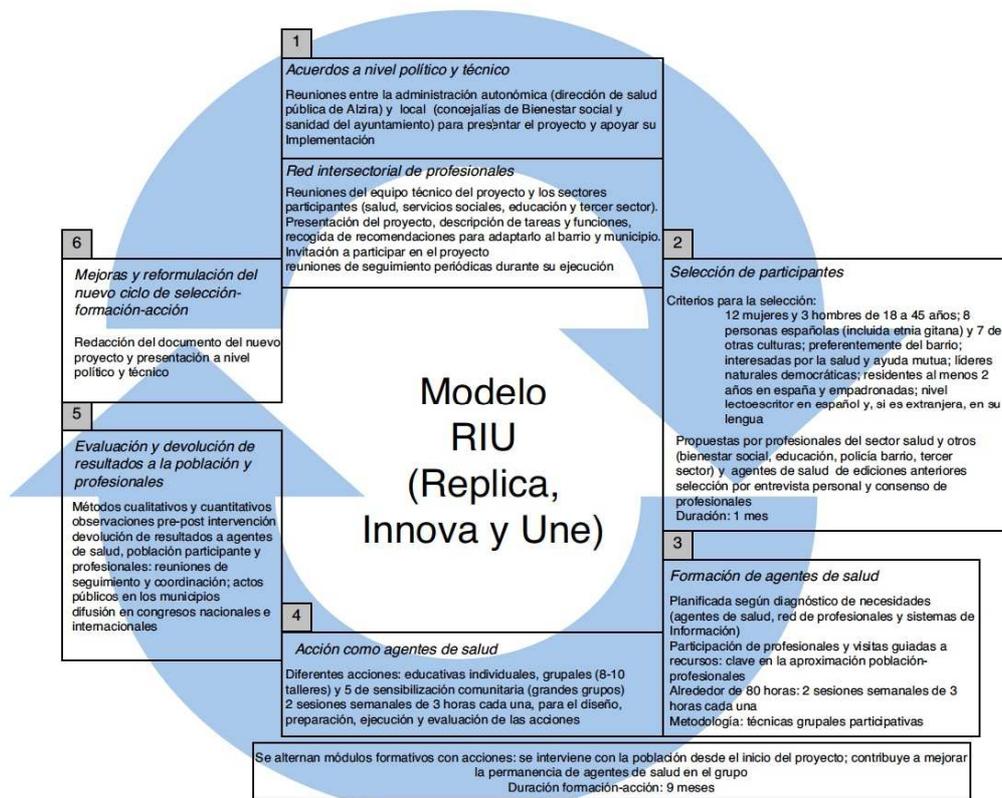
El modelo de intervención RIU sigue una estrategia de desarrollo social en el ámbito local que utiliza ciclos continuados de selección y capacitación de personas de diversas culturas de la comunidad como agentes de salud de base comunitaria para que actúen como educadoras entre iguales y mejorar la salud del barrio. El modelo se ha probado con éxito en otros contextos de vulnerabilidad tales como población penitenciaria, población inmigrante, comunidad gitana y jóvenes.

Se define “*agentes de salud de base comunitaria*” como aquellas personas pertenecientes a una comunidad que tras un proceso de capacitación realizan actividades comunitarias de promoción de salud y prevención de la enfermedad entre sus iguales, de manera complementaria a las realizadas por profesionales de la salud pero sin vinculación laboral.

RIU se fundamenta en el modelo de promoción de la salud (1). Los pilares son la participación ciudadana y el empoderamiento comunitario (70), la educación entre iguales (71), la salud positiva y el modelo de activos para la salud (64), la investigación-acción participativa (72), el enfoque de los determinantes sociales de la salud, equidad y reducción de desigualdades en salud, el trabajo intersectorial y la estrategia de programas “*bottom-up*”.

La figura 3 muestra las etapas del modelo RIU (73). Cada ciclo del modelo tiene una duración de 12 meses.

**Figura 3. Etapas del modelo de intervención RIU<sup>6</sup>**



Descripción de sus etapas

*Etapa 1. Acuerdos a nivel político, directivo y técnico*

El proceso se inicia con la presentación de la idea al ámbito directivo sanitario (de salud pública y de atención sanitaria) en primer lugar; y ya con su apoyo, se plantea el proyecto a nivel político local y se consigue su compromiso. Para ello, se mantienen reuniones entre la administración autonómica (dirección de Salud Pública) y la local (Concejalías de Bienestar Social y Sanidad del Ayuntamiento) para presentar el proyecto y apoyar su implementación. Sin esta participación y acuerdo no es recomendable seguir con la implementación pues quedará afectada su sostenibilidad. Se trata de crear las condiciones para desarrollar el proyecto en un tiempo inicial de 5 ciclos de 4 a 6 años. El proyecto contempla la colaboración con

<sup>6</sup> Tomado de: Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, et al. Cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad social. Aten Primaria.2014;46(10):531-40.

estos dos ámbitos (directivo y político) y “rendir cuentas” al finalizar las etapas de formación, de acción y de evaluación-inicio de un nuevo ciclo.

Conseguidos los acuerdos, se construye la red intersectorial de profesionales que colaboran en el proyecto. Se organizan reuniones del equipo técnico del proyecto y los sectores participantes en la intervención: salud, servicios sociales, educación y tercer sector. Se trabaja en la incorporación de otros sectores con impacto en salud, como por ejemplo, urbanismo, empleo, medio ambiente, deportes, etc.

En estas reuniones de la red, se presenta el proyecto, se describen las tareas y funciones y se recogen recomendaciones para adaptar el proyecto al barrio y municipio. Así mismo, se invita a participar al personal técnico en las diferentes fases de la intervención. Durante la misma, se convocan reuniones de seguimiento periódicas para supervisar y evaluar su ejecución.

El desarrollo de esta experiencia de “abajo-arriba” sigue una estrategia de reorientar de manera progresiva el trabajo de profesionales, especialmente del sector salud, sin que recaiga en ellos o ellas el peso de la implementación del proyecto. Se les otorga un papel de facilitador con la posibilidad de incrementar su participación e implicación cuando así lo deseen, respetando sus tiempos.

Así mismo, se dan a conocer a la red los micro-resultados y pequeños éxitos alcanzables a corto plazo. Es importante que se comprenda el concepto de “proyecto de diseño abierto” y a la vez, generar confianza con el equipo de personas que lo impulsa y comprobar que “se sabe qué se está haciendo”.

En la primera edición del proyecto, esta etapa inicial de acuerdos puede llegar a tener una duración de 3 meses. En las siguientes ediciones, su duración es más breve, alrededor de 1 mes.

### *Etapa 2. Selección de participantes*

Se inicia la selección de las personas candidatas a ser formadas como agentes de salud de acuerdo a los siguientes criterios: 15 personas (actualmente 12 mujeres y 3 hombres) de edades entre los 18 y los 45 años. La diferencia de sexo en la selección se relaciona con la desigualdad de género existente en el barrio aunque se tiende a la paridad en un futuro.

El perfil de selección buscado es:

- personas que representen las procedencias mayoritarias del barrio: 8 personas españolas (incluida etnia gitana) y 7 de otras procedencias (Marruecos, Argelia, Rumanía, ...)
- preferentemente con residencia en el barrio
- con habilidades de liderazgo natural democrático
- interesadas por los temas de salud y por ayudar a otras personas
- con residencia de al menos 2 años en España y empadronadas
- nivel lectoescritor en español y, si la persona es extranjera, en su lengua materna

Las personas candidatas son propuestas por profesionales de los distintos sectores colaboradores, especialmente por servicios sociales, por su buen conocimiento del barrio y de la población. Adicionalmente, las personas agentes de salud de ediciones anteriores también proponen candidatas. En algunas ediciones, se han organizado también acciones comunitarias de sensibilización para dar a conocer la puesta en marcha del proyecto e identificar personas interesadas.

La selección se realiza por entrevista individual con preguntas abiertas semiestructuradas y consenso de la red intersectorial de profesionales. Las personas seleccionadas son convocadas en una primera reunión para que se conozcan, exponer los temas de la formación-acción, recoger sugerencias sobre sus necesidades formativas y acordar los días y horario de las sesiones. Así pues, desde las etapas iniciales del proyecto, se sitúa a la persona en el centro de la intervención facilitando su participación y un papel activo en la toma de decisiones. La duración de esta etapa es de 1 mes.

### *Etapas 3. Formación de agentes de salud*

Se planifica en función del diagnóstico de necesidades del barrio a partir de las entrevistas mantenidas con las personas agentes de salud, la red intersectorial de profesionales y los sistemas de información en salud.

El módulo de atención a la salud sexual y reproductiva es uno de los temas centrales en la formación-acción. El acceso y funcionamiento de los servicios de salud es transversal en todos los temas de la formación. Los temas que se han trabajado en estas ediciones han sido:

- Salud, sus determinantes y protagonistas. Autocuidados
- Competencias y funciones de las personas agentes de salud
- Salud materno-infantil. Atención al parto normal. Programa de seguimiento del embarazo. Programa de atención al niño sano
- Salud sexual. Prevención de infecciones de transmisión sexual incluida la infección por VIH/Sida. Promoción del uso del preservativo. Habilidades de negociación del sexo más seguro
- Salud reproductiva. Derechos sexuales y reproductivos. Fertilidad. Anticoncepción. Prevención de embarazos no deseados. Interrupción voluntaria del embarazo
- Acceso y uso de servicios sanitarios y programas preventivos
- Buen uso de los tratamientos
- Análisis participativo de necesidades de salud del barrio (actividad práctica)
- Mapa de activos para la salud del barrio y su dinamización (actividad práctica)
- Alimentación. Salud bucodental. Actividad física y deporte
- Salud visual
- Promoción de igualdad entre mujeres y hombres. Prevención de la violencia de género
- Alfabetización en salud: e-health Promoción de la salud mental (recomendaciones de la OMS en 2013)
- Diversidad cultural

La formación dura alrededor de 80 horas distribuidas en 2 sesiones semanales de 3 horas cada una. Participan profesionales de los servicios sanitarios y se realizan visitas guiadas a los distintos recursos relacionados con los temas de la formación

(Centro de Salud, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, Centro de Salud Pública, Unidad de Detección del Cáncer de Mama y Hospital). Estos aspectos son clave para la aproximación bidireccional población-profesionales.

La capacitación está basada en el aprendizaje significativo con técnicas grupales participativas (formato taller) que facilitan que las personas participantes construyan significados a partir de lo experimentado y vivido y desde sus propios códigos culturales. Este proceso de enseñanza-aprendizaje aumenta la motivación y disposición de las personas a plantearse y llevar a cabo cambios relacionados con el cuidado de su salud. Se alternan módulos formativos con acciones. Con ello se consigue tanto intervenir con la población diana desde el inicio del proyecto como además facilitar la permanencia de las personas agentes de salud en el proyecto.

Las personas agentes de salud reciben un incentivo económico si finalizan el ciclo de formación-acción por su dedicación. Se contempla también un servicio de canguraje en las etapas de formación-acción para facilitar en la medida de lo posible la asistencia, fundamentalmente de mujeres.

#### *Etapa 4. Acción como agentes de salud*

El equipo técnico diseña, prepara y evalúa junto con las personas agentes de salud tres tipos diferentes de acciones que serán las que ellas mismas ejecuten con la población del barrio:

1. *Acciones educativas individuales.* Se ofrece información, orientación y consejo sobre los temas de la formación a través de mensajes clave elaborados en el proyecto. Además, se facilita el acceso a los servicios y programas de salud llegando a realizar acompañamientos. De este modo, las personas agentes de salud contribuyen a eliminar o reducir las barreras de acceso. Las conversaciones se producen de manera espontánea en lugares públicos y espacios privados. Estas acciones son registradas en fichas por las agentes de salud y supervisadas por el equipo técnico del proyecto.
2. *Acciones educativas grupales (talleres)* dirigidas a pequeños grupos (8-15 personas). Se promueve el aprendizaje de conocimientos y habilidades, cambio de actitudes y de comportamientos sobre los temas de la formación. Están dirigidos por una pareja de agentes de salud de distintas procedencias,

se realizan en español y, si se requiere, con traducción al árabe o rumano. En función del tema y de las necesidades identificadas en el barrio, se dirigen a población joven, adulta y/o mayores. Son espacios de convivencia y relación entre personas de distinta procedencia (cultural, clase social, etc.).

3. *Acciones de sensibilización comunitaria.* Se dirigen a grandes grupos y suelen realizarse en espacios públicos del barrio. Su finalidad es una primera toma de contacto y reflexión hacia el tema abordado. Son la semilla para generar cambios con los otros tipos de acciones. Promueven la participación del vecindario en actividades que, de otro modo, sería difícil de conseguir. Requieren conexión y movilización de diferentes recursos, tiempo de preparación y organización.

Se dedican una media de 80 horas al diseño y evaluación de las acciones referidas distribuidas igualmente en 2 sesiones semanales de 3 horas cada una. En el diseño de las acciones, se tienen en cuenta los diferentes ejes de desigualdad para tratar de reducirlos (género, país de procedencia o etnia, clase social, edad, diversidad sexual, etc) adaptándose los contenidos, actividades, lugares de realización, materiales, etc.

Las etapas de formación-acción descritas tienen una duración de 9 meses.

#### *Etapas 5. Evaluación y devolución de resultados a la población y profesionales*

Se utiliza un enfoque multimétodo para la evaluación del proceso y del impacto de la intervención que combina técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa.

En la evaluación del proceso, se valora:

- número de personas entrevistadas y seleccionadas
- número de personas agentes de salud que inician y que finalizan la formación-acción; motivos de las bajas
- asistencia de las personas agentes de salud en las etapas de formación-acción
- número de profesionales participantes en la intervención, servicio en el que trabajan y tipo de colaboración (formación, apoyo a la acción y seguimiento-evaluación)
- cumplimiento de la planificación de la intervención (cronograma)

- número, tipo y características de los tres tipos de acciones
- número de personas participantes en las acciones y características sociodemográficas
- opinión del grupo de agentes de salud y de la red de profesionales sobre el proceso de formación-acción
- opinión de la población participante en las acciones
- número de estudiantes universitarios en prácticas

En la evaluación del impacto, se valora:

- conocimientos adquiridos por el grupo de agentes de salud: prueba de capacitación
- cambios percibidos por agentes de salud en relación a la salud y el uso de servicios: entrevistas grupales al inicio y fin del ciclo de formación-acción y análisis del discurso
- cambios en las redes sociales de las personas agentes de salud, temas de salud en los que median y tipo de apoyo ofrecido: entrevistas individuales y análisis de redes sociales con los programas UCINET, NETDRAW y SPSS.
- cambios percibidos por la red intersectorial de profesionales: entrevistas grupales al finalizar el ciclo de formación-acción y análisis del discurso
- cambios en el uso de servicios de salud (estudio EPI-RIU): indicadores cuantitativos sociodemográficos, de estado de salud y acceso a servicios comparando barrio con el resto del municipio al inicio del proyecto y a los 5 años de intervención.

La evaluación con metodología cualitativa se realiza por el equipo técnico del proyecto y, de manera externa, se ha contado con la colaboración de una socióloga profesora de la Facultad de Enfermería de la Universitat de València todos ellos con amplia experiencia en investigación cualitativa. La evaluación con metodología cuantitativa es una línea en la que se necesita avanzar. En el diseño de evaluación ha participado el Área de Desigualdades en Salud de FISABIO y profesionales de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y del Centro de Salud

Pública de Alzira. En ambos casos, han participado estudiantes universitarios del último curso de Ciencias Sociales realizando las prácticas pre-profesionales en el proyecto a partir del convenio firmado entre ADEIT-Fundación Empresa y el Centro de Salud Pública de Alzira. La evaluación se diseña al inicio de cada ciclo, se realiza, revisa y modifica durante el desarrollo de las distintas etapas del modelo, especialmente de la formación-acción. Es en los dos meses siguientes tras finalizar la formación-acción cuando se le dedica el tiempo necesario para el análisis de la información recogida.

#### *Devolución de los resultados de evaluación*

Coincidiendo con el acto de clausura de cada ciclo de formación-acción se realiza una presentación pública del trabajo realizado y los resultados de la evaluación del proceso en el Ayuntamiento. Se realiza difusión del acto para que pueda asistir población general, profesionales colaboradores, directivos de los servicios relacionados con el proyecto y responsables políticos. Se redacta una nota de prensa para los medios de comunicación de ámbito local y comarcal con los principales resultados.

Así mismo, en la reunión anual de la Comisión de Promoción de Salud del departamento en la que asisten las direcciones del departamento de salud (salud pública y asistencia sanitaria), responsables políticos de algunos de los municipios y profesionales de algunos servicios, se presenta un informe del trabajo realizado en cada ejercicio.

De manera complementaria a lo anteriormente expuesto, se presentan comunicaciones a congresos de sociedades científicas (SESPAS, SemFyC, SEE, PACAP), otros organizados por la Universidad (Valencia, Alicante, Murcia, Girona, etc.) de ámbito nacional e internacional y jornadas y/o reuniones organizadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se investiga sobre la intervención escribiendo artículos en revistas científicas (73-75) y trabajos de investigación en los estudios de acceso al doctorado (76).

### *Etapa 6. Mejoras y reformulación del nuevo ciclo de selección-formación-acción*

Con los resultados de la evaluación, se reformula la siguiente edición del proyecto para adaptarla a la realidad del barrio. Se presenta y entrega a los responsables políticos, direcciones de los servicios y profesionales. Esta etapa tiene una duración aproximada de 1 mes y se desarrolla en el último y primer mes de cada ciclo.

#### *Composición del equipo responsable y técnico del proyecto RIU*

El equipo que asume el peso de la intervención está formado por:

- un médico de salud pública responsable del proyecto con dedicación parcial
- una psicóloga como coordinadora del proyecto con dedicación parcial
- una socióloga y un dinamizador comunitario como técnicos del proyecto en cada municipio con dedicación parcial

Sus integrantes disponen de amplia formación y experiencia en programas de intervención comunitaria con poblaciones en situación de vulnerabilidad social, investigación y mediación intercultural.

El equipo técnico del proyecto mantiene reuniones semanales de coordinación, seguimiento y evaluación. El equipo es apoyado puntualmente por otros profesionales del ámbito de la salud y de la salud pública en temas de evaluación.

#### *Trayectoria del proyecto RIU: 8 años de intervención*

En 2006-2007, se realizó una experiencia piloto, muy breve en el tiempo (3 meses) en el municipio de Alzira, capacitando a un grupo de mujeres rumanas en temas de salud sexual y reproductiva y realizando ellas después una sesión educativa grupal en formato taller con otras mujeres del municipio.

De 2008 a 2016, se han desarrollado 6 ciclos de formación-acción en el barrio El Raval de Algemés y se han realizado acciones en otros municipios de la comarca (Turís, Carcaixent y Villanueva de Castellón) gracias a la colaboración de la Mancomunitat de La Ribera Alta. La duración de dos de estas ediciones tuvo que acortarse a 6 meses por financiación insuficiente del proyecto por parte de la administración local.

En 2011, se extendió la intervención a un segundo barrio, L'Alquerieta de Alzira. De 2011 a 2016, se han realizado 5 ediciones completas con una duración de cada una de ellas de 12 meses. Actualmente, en 2017, el proyecto continúa desarrollándose en los dos municipios.

De junio de 2012 a diciembre de 2013, se amplió el proyecto al municipio de Sueca, en este caso con características diferenciales. En primer lugar, el ámbito de actuación fue todo el municipio y no un barrio, pues la población en situación de vulnerabilidad no está concentrada en un entorno geográfico delimitado. En segundo lugar, el Ayuntamiento de Sueca estaba interesado en trabajar la prevención de la violencia de género con perspectiva comunitaria a partir del contexto de un proyecto de financiación europea, Iceberg, en el que se había constituido una Coalición Local y capacitado en el tema. Es por ello, que en este municipio, se aplicó una metodología de investigación-acción participativa para abordar la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres y la prevención de la violencia de género (77). Este método había sido probado con éxito en la experiencia RIU Violeta en el barrio El Raval de Algemesí impulsado por la asociación Vincles Salut con fondos de la Dirección General de Salud Pública de València (78). En la actualidad, el proyecto no está activo en el municipio de Sueca.

La tabla 2 muestra las principales características demográficas de los tres municipios en los que se ha desarrollado el proyecto.

**Tabla 2. Población del ámbito de actuación del proyecto RIU**

Municipio	Población*	Ámbito	Población*	Ediciones	Estado
Algemesí	28.535	El Raval	1.517	2008-2017	Activo
Alzira	44.881	L'Alquerieta	2.729	2011-2017	Activo
Sueca	28.986	Municipal	28.986	2012-2013	Inactivo

\*Según Padrón Municipal en el año de inicio del proyecto RIU en cada municipio

La tabla 3 muestra los datos de participación de agentes de salud, población participante en las acciones de promoción de salud e integrantes de la red intersectorial de profesionales y otros agentes sociales que colaboran en las diferentes etapas del proyecto.

**Tabla 3. Principales datos de participación en el proyecto RIU 2008-2016**

Edición	Agentes de salud	Población diana	Red intersectorial de profesionales
Algemesí 1ª edición 2008-2009	7 mujeres	106	35
Algemesí 2ª edición 2010-2011	11 mujeres	268	42
Algemesí 3ª edición 2012	10 mujeres 2 hombres	322	37
Algemesí 4ª edición 2013	9 mujeres 2 hombres	224	46
Algemesí 5ª edición 2014-2015	8 mujeres 2 hombres	91	24
Algemesí 6ª edición 2015-2016	7 mujeres 1 hombre	1.326	50
Alzira 1ª edición 2011-2012	9 mujeres 3 hombres	346	45
Alzira 2ª edición 2012-2013	9 mujeres 1 hombre	616	45
Alzira 3ª edición 2013-2014	10 mujeres 1 hombre	598	48
Alzira 4ª edición 2014-2015	10 mujeres 3 hombres	851	48
Alzira 5ª edición 2015-2016	10 mujeres 3 hombres	900	48
Sueca 2012-2013	8 mujeres 1 hombre	1.182	34

A excepción de la primera edición de Algemesí, formada exclusivamente por mujeres marroquíes, y la edición de Sueca, por personas españolas, los grupos de agentes de salud tanto de Alzira como de Algemesí han estado formados por personas de diferentes procedencias: España (incluyendo etnia gitana), Magreb (Marruecos, Argelia y Sáhara), Rumanía, Latinoamérica (Ecuador, Paraguay, Colombia o Cuba) y África Subsahariana (El Chat). Así mismo, la población participante en las acciones de los tres municipios ha sido culturalmente diversa, sobre todo personas españolas, españolas de etnia gitana y magrebíes.

En cuanto a la red intersectorial de profesionales, ésta ha estado compuesta por profesionales de las áreas de bienestar social (servicios sociales e igualdad), asistencia sanitaria (atención primaria y unidades de apoyo a la primaria), salud pública, educación (centros educativos de infantil y primaria y universidad) y tercer

sector (tejido asociativo). En las últimas ediciones de Algemés, ha comenzado a participar también medio ambiente.

#### **1.4.2. Investigación en promoción de salud en entornos en situación de vulnerabilidad en el contexto del proyecto RIU**

RIU está vinculado al Área de Desigualdades en Salud de FISABIO y constituye el grupo de trabajo sobre promoción de salud en entornos en situación de vulnerabilidad. Las líneas en las que se está trabajando son:

- Construcción y dinamización de mapas de activos para la salud en barrios vulnerables. Se ha diseñado y probado una metodología de investigación-acción participativa, que se presenta en este proyecto de investigación, para elaborar mapas de activos para la salud.
- Desarrollo y evaluación de modelos de intervención comunitaria para reducir desigualdades en salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad (75).
- Diseño y aplicación de metodologías de investigación-acción participativa a la prevención de la violencia de género (77). Actualmente se trabaja en una guía didáctica para dinamizar talleres a partir de un cortometraje (79) para prevenir la violencia en parejas jóvenes.
- Investigación-acción participativa aplicada al análisis de situación, diseño y puesta en marcha de programas locales de salud.

El camino descrito no ha sido fácil de recorrer. En la aplicación del modelo, han surgido barreras y dificultades procedentes de los diferentes sectores participantes, de la población y otras relativas a cuestiones logísticas y de sostenibilidad de la propia intervención. Algunas de estas dificultades han podido ser resueltas, otras sólo parcialmente y algunas todavía quedan pendientes de resolverse. Algunos ejemplos de barreras no resueltas son: la asistencia individualizada desde los servicios de salud frente al enfoque comunitario basado en actuar sobre los determinantes sociales de la salud, la no cultura de trabajo intersectorial, la baja participación de los hombres en la intervención o la creación de un grupo formal que abogue por los derechos de la comunidad.

No obstante, todas estas barreras tienen una importancia relativa, ya que lo esencial es el proceso: el foco está puesto en las personas y en los microresultados que se van obteniendo. Lo más importante, es poder hacerlos visibles para motivar a profesionales de los diferentes niveles (político, planificador, técnico, investigador, etc.) y sectores (sanidad, bienestar social, educación, tercer sector, etc.) para lograr su apoyo y participación en el proyecto, haciendo posible que puedan plantearse más iniciativas con otros sectores y que los cambios lleguen a ser estructurales: empleo, educación, transformación del espacio urbano, vivienda, etc.

De la aplicación y evaluación del modelo RIU, podemos concluir que el modelo es útil para empoderar a personas de distintas culturas en entornos vulnerables, así como, crear una red intersectorial de profesionales, ambas herramientas consideradas clave en las declaraciones internacionales de promoción de salud. El modelo tiene un efecto multiplicador de las acciones produciendo cambios en el entorno social y los servicios sanitarios. Logra superar barreras aproximando a las personas del barrio con las del resto del municipio y a la población con profesionales de los servicios. Es una intervención sencilla y de bajo presupuesto que permite reducir desigualdades en salud. Los entornos en situación de vulnerabilidad social pueden convertirse en espacios de innovación y buenas prácticas y las herramientas que se generan en ellos ser ampliadas a la población general. La infraestructura de recursos humanos y la sostenibilidad en el tiempo de la intervención son la mayor debilidad dado que, hasta la fecha, no es un programa de implementación obligatoria en el departamento.

## CAPÍTULO 2

### MARCO TEÓRICO: DE LA IMPOSICIÓN A LA PARTICIPACIÓN

---

#### 2.1. El proceso de salud-enfermedad desde la Antropología

La enfermedad es entendida desde el paradigma científico de la medicina como “*las anomalías de la estructura y función de los órganos y sistemas del cuerpo*”<sup>7</sup> según recoge Helman (80) citando a Eisenberg (1977) (81). Las enfermedades son vistas como entidades independientes con propiedades específicas y son asumidas como universales: su etiología, signos y síntomas, tratamiento y pronóstico son considerados similares en cualquier individuo, grupo o cultura. Desde este modelo, se relaciona la salud con la normalidad que viene determinada por ciertos parámetros físicos y bioquímicos (peso, altura, presión arterial, hemograma, etc.) considerándose la enfermedad como una desviación de los valores normales y que va acompañada de anomalías en la estructura y/o función de los órganos y sistemas. Y esto, no sólo ocurre en el plano biológico, sino también en lo que se refiere a la inteligencia o las características de personalidad, diferenciando lo que es considerado “normal” o “patológico” a través del uso de test psicológicos. Según Balandier (82), la enfermedad sería el desorden por excelencia en nuestra práctica cultural.

Desde el modelo científico de la medicina, los factores personales, sociales y culturales de la salud-enfermedad no suelen ser tomados en cuenta. Como señala Helman, aunque dos personas con diabetes, una de Manchester y otra de una tribu de Nueva Guinea, presenten los mismos niveles de glucosa, el significado de la enfermedad y las estrategias que adoptan para afrontarlas pueden ser muy diferentes<sup>8</sup>. El autor señala la diferencia entre enfermedad (“*disease*”) y sentirse enfermo (“*illness*”). Este segundo término hace referencia a “*la respuesta subjetiva de la persona cuando se siente mal; cómo esa persona y quien le rodea, percibe el*

---

<sup>7</sup> Las traducciones al inglés son realizadas por la autora del presente trabajo de investigación.

<sup>8</sup> Para un análisis de la construcción sociológica del dolor se puede acudir a: Le Breton D. Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral; 1999.

*origen y significado del acontecimiento; cómo afecta a su conducta o a la relación con otras personas; y los pasos que toma para remediar esta situación*”, según Kleinman et al (83). La definición incluye tanto la experiencia de enfermedad-salud como el significado atribuido a la misma y que como señala Helman (80) citando a Fox está influenciado por los rasgos de personalidad de la persona y su bagaje social y cultural.

En este sentido, las personas construimos “modelos populares de enfermedad” al tratar de contestar a las siguientes preguntas: “¿qué ocurre?, ¿por qué ocurre?, ¿por qué a mí?, ¿por qué ahora?, ¿qué ocurrirá si no se hace nada?, ¿qué debería hacer o a quién debería consultar para pedir ayuda?” (80). Estos modelos pueden ser compartidos por una familia o grupo cultural y, aunque pueden estar basados en premisas falsas, tienen una lógica interna y coherencia y han de ser tenidos en cuenta por quienes ejercen la medicina tal y como afirman Chrisman (84) y Dingwall (80). Siguiendo a Helman, estas creencias determinarán la conducta de las personas: automedicación, consulta con las personas de su red social, solicitud de tratamiento a profesionales de la salud y el seguimiento o no de los tratamientos prescritos. Kleinman (83) señala que puede haber una relación circular entre enfermedad y sentirse enfermo y pone como ejemplos la hiperventilación, el asma o las quejas psicósomáticas. Así mismo, si las personas no se sienten enfermas, no verán la necesidad de acudir a los servicios de salud, o si van, es muy probable que no sigan los tratamientos pautados. Finalmente, señala que puede ocurrir también que las personas se sientan enfermas sin que exista una causa médica, como por ejemplo, la hipocondría.

El modelo médico y los modelos populares de la enfermedad se enfrentan en las consultas de medicina general. Los y las profesionales de la salud deben tomar en consideración los modelos explicativos de las personas que acuden a consulta siendo necesario que se produzca un proceso de negociación y acuerdo entre los dos modelos (Stimson y Webb (80) para que tanto el diagnóstico como el tratamiento de la enfermedad sean aceptados. Helman concluye que el modelo enfermedad-sentirse enfermo desarrollado desde la Antropología Médica es una útil perspectiva para la medicina general.

La Sociología y Antropología Médica Crítica, que surgen a partir de los años 60 y 70 del pasado siglo, cuestionan los aspectos políticos y éticos vinculados con la medicina occidental, los sistemas sanitarios y las prácticas médicas (85). Se critica la hegemonización del conocimiento biomédico mantenido por la “medicina científica y moderna” que enfatiza los aspectos biológicos y físicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Desde este enfoque, los aspectos psicológicos, sociales y culturales no son considerados relevantes en el proceso de salud-enfermedad. Se mantiene una fuerte tendencia a la medicalización<sup>9</sup> y a las prácticas clínicas intervencionistas, incluso en la atención a los procesos naturales de la vida de las personas como son el embarazo y el parto. El excesivo uso y sobrevaloración de la tecnología en la medicina, la concentración de servicios en complejos médicos y el uso masivo de medicamentos son pilares en los que se asienta el modelo. De esta manera, los sistemas de salud y la clase médica mantienen relaciones de poder hacia las medicinas basadas en otros paradigmas considerados no pertinentes, hacia otras figuras profesionales de la salud (enfermería, psicología, trabajo social,...) y, lo más importante de todo, hacia las personas que utilizan los servicios sanitarios al establecer y mantener relaciones médico-paciente basadas en la verticalidad. En la base de los sistemas sanitarios occidentales se encuentra el sistema capitalista globalizado (Junge (85) citando a Baer et al (86)). Desde la Antropología Médica Crítica, se pone en tela de juicio el reduccionismo del binomio salud-enfermedad a los aspectos meramente fisiológicos, la dependencia de la población hacia los sistemas sanitarios basados en este enfoque y las relaciones de dominación y poder de quienes “ejercen el saber”.

La salud es entendida desde este paradigma socioantropológico como un indicador de la adaptación ambiental de individuos y grupos, es decir, la capacidad del grupo para adaptarse a nuevas condiciones medioambientales y epidemiológicas y a los cambios a nivel de la cultura o la sociedad. Se incluyen componentes culturales, sociales, políticos, económicos y ecológicos presentes en los procesos de salud-enfermedad y que se expresan a nivel macrosocial, intermedio, grupal e individual. Según Junge (85) citando a Baer et al (86), *“la enfermedad pertenece a la cultura en*

---

<sup>9</sup> En este sentido, destacan los trabajos de Foucault sobre los procesos de medicalización e intervención del cuerpo (ver Foucault M. El nacimiento de la clínica. México: Siglo XXI; 1966). Así mismo, Elias dedicó un breve ensayo sobre esta tendencia (Elias N. La soledad de los moribundos. México: Fondo de Cultura Económica; 1987).

*cuanto que depende de la construcción de la realidad humana que cada grupo hace*". Desde la teoría interpretativa de la cultura, tal y como defiende Kleinman, se hace necesario, la comprensión compartida de la enfermedad por el personal sanitario y las personas atendidas en los servicios. De tal forma que se enfatiza la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades de salud, la resolución de problemas y la diversidad de alternativas terapéuticas. Ello permite trabajar con grupos culturales, sindicatos, organizaciones medioambientales y pacifistas, asociaciones de consumidores, movimientos de autoayuda, etc., orientados hacia el empoderamiento de las personas superando las estructuras de poder en salud. En definitiva, se trata de construir sistemas médicos plurales con relaciones horizontales y no jerárquicas. Desde la Sociología y Antropología Médica Crítica, se aboga por la construcción de un modelo de atención a la salud basado en la interculturalidad, el empoderamiento de la comunidad y la participación democrática en salud.

## **2.2. El empoderamiento en salud de la comunidad**

El empoderamiento de la comunidad es uno de los pilares en los que se asienta tanto las teorías sociales médico críticas como el modelo de intervención RIU. Restrepo profundiza sobre este concepto en el documento *"Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud"* (70) presentado en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en México. Las teorías de la educación popular de la liberación y de la toma de conciencia de Freire (9) están asociadas al concepto de empoderamiento de la comunidad.

Freire defiende que el fin de la educación es liberarse de la realidad opresiva y de la injusticia. El autor diferencia entre la *"educación bancaria"* y la *"educación problematizadora"*. En la pedagogía bancaria, quien educa tiene todo el saber, *"es quien piensa"*, *"quien habla"*, quien decide y transmite a los demás sus decisiones para que sean a su vez seguidas. *"La educación es el acto de depositar, de transferir, de transmitir valores y conocimientos"* (9) como si de un banco se tratara. Las personas que son educadas no saben nada, aprenden los conocimientos sin análisis, sin reflexión, sin crítica. Freire denomina a la educación bancaria *"la cultura del*

*silencio*”. La comunicación es vertical e impide a la población manifestarse. Es la pedagogía del colonizador: el instrumento fundamental de opresión.

Por el contrario, la “*educación problematizadora*” se fundamenta en la relación dialógico-dialéctica, en la que se produce un aprendizaje mutuo. El diálogo tiene lugar en una relación horizontal entre el educador y el educando. Tanto el alumnado como las personas que educan investigan sobre la realidad social. Ambos son sujetos de este proceso. Toman conciencia de la situación en la que viven, la analizan, comprenden sus causas y realizan críticas a dicha situación. Los métodos de trabajo para alcanzar este proceso de autoafirmación no pueden ser autoritarios ni impuestos. Se requiere un proceso de diálogo, de escucha de las necesidades y de tolerancia. Este proceso de análisis crítico conduce a la acción para transformar la realidad. Dichas acciones son propuestas por las propias comunidades. La educación así entendida como práctica liberadora. La metodología utilizada por Freire en ese proceso de educación, de reflexión-acción, es denominada “*concientización*”.

Siguiendo a Restrepo, para lograr la equidad en salud y crear entornos saludables, es necesario poner en marcha estrategias y acciones de participación comunitaria. Se trata de impulsar procesos de abajo a arriba que difícilmente podrán ser mantenidos sin el apoyo político de las instituciones y administración local, autonómica y/o nacional (procesos de arriba-abajo).

Por otro lado, Goodman et al (87) señalan que “*la capacidad comunitaria es un concepto complejo, multidimensional y dinámico que requiere precisión para evaluar las fortalezas o recursos (assets) de una comunidad y para desarrollar intervenciones apropiadas*”. Supone que la comunidad tiene capacidad para resolver los problemas que surgen diariamente, dispone de habilidades para negociar en temas de salud y participa activamente en los procesos de toma de decisiones. Estos autores señalan diez dimensiones de la capacidad de la comunidad: participación ciudadana y liderazgo; habilidades (para analizar necesidades, identificar barreras y oportunidades, diseñar y evaluar acciones, conectar recursos, resolver problemas, etc.); capacidad para acceder y utilizar recursos (competencias, conectar con grupos y organizaciones, etc.); generar redes sociales y entre organizaciones; comprensión de la historia de la comunidad; sentido de comunidad, poder comunitario, valores

comunitarios y reflexión crítica. Ahora bien, construir capacidad comunitaria requiere esfuerzo y tiempo.

El concepto de capacidad comunitaria está muy relacionado con los conceptos de capital social y de empoderamiento. Putnam define capital social como *“el agregado de normas, redes, valores y organizaciones que dan capacidad a los actores y grupos para acceder e influenciar el poder y los recursos para la toma de decisiones sobre asuntos de interés común”* (88). El capital social enfatiza las relaciones sociales de una comunidad que se pueden fortalecer para mejorar la salud y la calidad de vida. Putnam diferencia entre capital social vínculo o cohesivo (*“bonding”*) y capital social puente o conectivo (*“bridging”*). El capital social vínculo se refiere a las relaciones que se establecen entre los miembros de un grupo o colectivo. Dichas relaciones son solidarias e intensas entre sus miembros, horizontales y de carácter informativo, de apoyo mutuo, económico, etc. Sin embargo, son excluyentes hacia otros grupos. Un ejemplo podría ser un grupo cultural determinado de un barrio o municipio. Sin embargo, el capital social puente son las relaciones horizontales que se establecen entre personas de grupos sociales diversos y es muy útil para acceder a otros recursos que no son los propios del grupo de referencia. Ejemplos podrían ser el movimiento 15M, los grupos ecologistas, etc. La cohesión social puede relacionarse con el capital social cohesivo y la vinculación social con el capital social puente. Un tercer concepto tiene que ver con las conexiones *“linking”* que son relaciones hacia fuera, entre grupos, pero de carácter vertical y están relacionadas con el término integración social, tal y como señalan Lozares et al (89). El capital social está muy relacionado con el empoderamiento.

Wallerstein define empoderamiento como *“un proceso de acción social que promueve la participación de las personas, las organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad y la justicia social”* (90). Zimmerman habla de “empoderamiento psicológico” (91) a la transformación individual resultado de acciones participativas en procesos sociales.

Según el glosario de Promoción de Salud de la OMS, el empoderamiento para la salud es *“un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus*

*preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades*” (13). En el glosario, se diferencia entre empoderamiento individual que se refiere a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal y el empoderamiento de la comunidad en el que los individuos actúan colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad.

En este sentido, Restrepo señala dos tendencias de pensamiento en ciencias de la salud sobre el empoderamiento. La primera enfatiza los cambios conductuales a nivel individual para mejorar la salud de la población. La segunda corriente enfatiza la dimensión colectiva: la construcción de la capacidad de la comunidad. Pero, como manifiesta Wallerstein (90), el empoderamiento individual no es realmente empoderamiento. Restrepo señala que *“el empoderamiento psicológico se reforzaría a través de participar en la acción colectiva, pero también, a través de estrategias eficaces como los métodos educativos de Freire, la investigación participativa y otras estrategias de participación que aumenten el conocimiento personal y la conciencia sobre los derechos y deberes en salud, que fortalecen el autocuidado y desarrollan habilidades personales”* (70).

Con todo, lograr la participación de la comunidad es difícil siendo necesario encontrar motivos que faciliten dicha participación. Restrepo plantea que el mejor incentivo para ello es facilitar oportunidades para resolver las situaciones de la vida diaria. Así, apunta que son clave distintos agentes en el proceso de empoderamiento para la salud: gobierno local, instituciones sanitarias y educativas, profesionales de salud pública y de asistencia sanitaria, organizaciones y asociaciones, medios de comunicación, sector privado, consumidores, etc.

Sen y Nussbaum (92) utilizan el *“enfoque de las capacidades”* en sus obras. Las capacidades responden a la pregunta: *“¿Qué es capaz de hacer y de ser esta persona?”*. Nussbaum afirma que existen “capacidades internas” y “capacidades combinadas”. Las internas son las características de las personas, tales como *“los rasgos de personalidad, capacidades intelectuales y emocionales, estado de salud y forma física, aprendizajes interiorizados, habilidades de percepción y movimiento”*.

Se pueden desarrollar gracias a la educación, los recursos que promueven la salud física y emocional, la atención a los afectos, entre otros.

Las capacidades combinadas son resultado de las capacidades internas y las condiciones sociales, políticas y económicas en las que las personas pueden tomar decisiones libremente. Éste es un aspecto controvertido señalado por la autora ya que, tal y como plantea, las sociedades pueden facilitar el desarrollo de las capacidades internas de las personas y sin embargo coartar la libertad de actuar. Un ejemplo que cita la autora es la capacidad interna para expresar opiniones políticas diferentes, libertad que en muchas ocasiones es reprimida por la sociedad.

Desarrollar las capacidades significa promover la libertad de elección. El énfasis se pone en el individuo (no en los colectivos). Cada persona ha de llegar a desarrollar las diez capacidades centrales. El objetivo a alcanzar por cualquier sociedad es que todos los individuos puedan elegir y actuar. Las políticas públicas deben mejorar su calidad de vida. Es un enfoque basado en la justicia social y la equidad. En lo que se refiere a la promoción de la salud, las acciones han de estar dirigidas a desarrollar las capacidades de las personas en materia de salud y en la oportunidad de elegir.

En definitiva, tanto el enfoque del empoderamiento comunitario como el enfoque de las capacidades tienen aspectos comunes. En relación al sector salud, éste asume una nueva función: impulsar los procesos de participación de la comunidad. Para trabajar con la comunidad se requieren una serie de competencias: compromiso de trabajo con los grupos más vulnerables, actitudes de respeto hacia los valores y derechos de las personas, capacidad de escucha, habilidades de negociación, de abogacía, de formulación de políticas, de formación de redes sociales, capacidad de trabajo intersectorial y en el uso de técnicas participativas. La acción se basa en modelos de comunicación horizontal entre profesionales y la población.

Existen diferentes niveles participación de la ciudadanía que van desde las formas menos comprometidas de participar, como son la información o la consulta (encuestas de opinión, grupos de discusión, etc.), a formas que implican progresivamente una mayor capacidad en la toma de decisiones que afectan a la salud de la propia población, como son la co-producción, el poder delegado y el máximo exponente, el control por parte de la comunidad. Popay (93) pone de

manifiesto que los niveles de participación más pasiva de la ciudadanía (información y consulta) podrán tener influencia en la adecuación, accesibilidad y efectividad de los servicios de salud pero no impactarán en el capital social ni en el empoderamiento comunitario y por tanto no habrá mejoras significativas en los resultados de salud de la población. Sólo con la transformación de las relaciones de poder entre la ciudadanía, las instituciones y los gobiernos (co-producción, poder delegado y control comunitario) se logrará el impacto en el capital social, las condiciones materiales y sociales en las que viven las personas (trabajo, vivienda, etc.) y por tanto repercutirá en mejores resultados de salud y en la reducción de las desigualdades en salud.

### **2.3. La investigación-acción participativa en la reducción de desigualdades sociales en salud**

Los enfoques de investigación-acción participativa (en adelante IAP) pueden ser muy útiles para desarrollar acciones basadas en la participación y el empoderamiento comunitario para ganar salud y reducir desigualdades sociales en salud. Aviñó y colaboradores realizan una revisión de los principales autores de la IAP en el ámbito de la intervención social (77). La IAP es una forma distinta de investigar. Siguiendo a Rodríguez-Villasante (94), ésta es *“un instrumento de generación compartida de conocimiento en el que las personas y los colectivos, tradicionales objetos de estudio, pasan a ser sujetos protagonistas de la investigación y de sus resultados en términos de planes de actuación, controlando e interactuando a lo largo del proceso investigado”*. El autor subraya que la investigación tiene sentido si se vincula con la acción social, con la transformación de la realidad, y en ella las metodologías participativas son fundamentales.

Fals Borda y Rodrigues-Brandao señalaban ya en los años 70-80 el enfoque de educación social de la IAP (relacionado con la pedagogía liberadora de Freire) según el cual *“pretende vincular la teoría y la práctica, incorporando a los grupos de población más vulnerables en los procesos de gestión social, económica y política”* (95). También el Colectivo IOE a partir de la década de los 80, señala *“la relación*

*simétrica entre los diversos agentes sociales, liberando el decir y el hacer de los sectores habitualmente excluidos” (96).*

Dado que tanto la IAP como la promoción de la salud persiguen transformar la realidad tratando de actuar sobre los determinantes sociales de la salud, ambas pueden ser tenidas en cuenta para tratar de mejorar la salud de la población y reducir desigualdades sociales en salud. Tal y como pone de manifiesto Baum (97), la IAP en el ámbito de la salud pública es frecuente en otros países, como por ejemplo, en Estados Unidos, y se ha aplicado a diferentes temas, como son, la evaluación participativa de programas de promoción de salud, la investigación participativa de políticas de salud, la investigación sobre eliminar amenazas para la salud en temas como el agua potable o la contaminación ambiental, y también en el mapeo de activos comunitarios. En la mayoría de las ocasiones, se ha aplicado en países de bajo o medio nivel de ingresos o en poblaciones vulneradas en los países de altos ingresos. No obstante, pocos estudios son totalmente participativos y en pocos artículos se debate sobre el poder o el control de la comunidad en el desarrollo e implementación de las intervenciones. Baum señala *“la IAP es el único método empírico disponible para la salud pública que permitirá una evaluación amplia de complejas realidades y compromiso político”*. *“Es vital que los investigadores de salud pública adopten la IAP y la utilicen para aumentar el empoderamiento y el potencial de cambio social de sus investigaciones” (97).*

En esta línea, la IAP en promoción de salud ha sido utilizada también por el equipo investigador del proyecto RIU en algunos de los proyectos que hemos llevado a cabo en entornos en situación de elevada vulnerabilidad aplicada a diferentes temas y problemas de salud (violencia de género, promoción de salud y acceso a programas preventivos en barrios o promoción de la salud en el medio penitenciario).

## **2.4. Los modelos en promoción de salud: el modelo de activos para la salud**

El modelo hegemónico en Salud Pública y en particular en Promoción de la Salud ha sido heredado del modelo biomédico de la atención sanitaria: el análisis de los

problemas de salud se plantea desde una perspectiva individual. Así, se centra en identificar los factores de riesgo para prevenir la aparición de enfermedades crónicas y en el peso de los comportamientos individuales. La educación sanitaria, y posteriormente la educación para la salud, es vista como la herramienta necesaria para alcanzar este objetivo. Desde esta perspectiva, los programas de educación para la salud están orientados a cambiar los estilos de vida de los individuos: se responsabiliza y culpabiliza a las personas de su cambio. Son modelos verticales (“*top-down strategy*”). Sin embargo, los programas no logran alcanzar los resultados esperados siendo necesarias nuevas estrategias.

Es a partir de los años 80, cuando surge un nuevo enfoque centrado en los entornos: Ciudades Saludables, Escuelas Promotoras de Salud, Prisiones Saludables, Universidades Saludables o Lugares de Trabajo Saludables. Progresivamente, las dimensiones socioculturales y políticas van adquiriendo un peso considerable en la salud de las personas.

La vertiente de la promoción de la salud que pone el énfasis en cambiar los estilos de vida acentuando la responsabilidad individual en el cuidado de la salud y sin tener en cuenta la influencia de la acción política, de los determinantes estructurales de la salud (relaciones políticas y económicas, responsabilidad de las empresas o de las instituciones, entre otros) es denominada por Álvarez-Dardet y el grupo de Alicante “*salud persecutoria*” (98). Dicho enfoque tiene un fuerte componente moral en el que la persona es culpabilizada si no se cuida o si presenta problemas de salud que supuestamente se podrían haber evitado si hubiera seguido los programas o prácticas preventivas. Así mismo, esta orientación culpa también a aquellos profesionales que cuestionan las recomendaciones hegemónicas de carácter preventivo dictadas por las administraciones sanitarias (99). Resulta necesario incorporar desde la práctica profesional y desde las administraciones sanitarias el posicionamiento de evitar los efectos adversos del diagnóstico y tratamiento de la medicina preventiva (“*primum non nocere*” o primero no dañar). Son cada vez más frecuentes las propuestas de cribado, pruebas a realizar tras un resultado positivo, el uso de fármacos de carácter preventivo o vacunas (en estos dos últimos ejemplos, los intereses de la industria farmacéutica son evidentes).

Actualmente, la propuesta para resolver la disyuntiva enfoque individual versus social pasa por la integración de ambos:

1. las acciones han de estar centradas en los determinantes sociales de la salud
2. se han de impulsar metodologías de participación social y empoderamiento
3. considerar la salud desde el plano de los derechos humanos
4. promover el trabajo intersectorial y multidisciplinar entre instituciones
5. y potenciar los activos de la comunidad, identificarlos y valorarlos socialmente

Conceptos como empoderamiento, capital social y participación comunitaria adquieren relevancia para la práctica de la promoción de la salud. Son modelos que siguen procesos de abajo-arriba (*“bottom-up strategy”*).

La capacidad de la comunidad se relaciona con el desarrollo comunitario basado en los activos de McKnight y Kretzmann (100) (*“Asset-Based Community Development”*). Estos autores afirman que el desarrollo comunitario no puede darse siguiendo procesos de arriba a abajo (modelo vertical) o desde afuera hacia dentro: *“sólo tiene lugar cuando las personas se comprometen a invertir sus propios recursos”*. El modelo del déficit en ciencias de la salud o en trabajo social centrado en las necesidades, carencias, factores de riesgo y enfermedad no es suficiente. Las necesidades comunitarias son frecuentemente diagnosticadas utilizando técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa. Sin embargo, las comunidades, incluso aquellas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, disponen de *“assets”* o recursos (individuos u organizaciones) con capacidades, habilidades y/o talentos que necesitan ser identificados para lograr la transformación social de los entornos. Un mapa de activos es *“un inventario dinámico de las fortalezas y capacidades de las personas que forman una comunidad, antes de intervenir”* (4), Kretzmann y McKnight (101) distinguen cinco tipos de recursos:

- *“residentes locales”*: personas con capacidades, habilidades, experiencias y talentos; los autores recomiendan prestar tener en cuenta a las personas que son *“marginadas”*

- “*asociaciones locales de voluntariado, clubs y redes*”: grupos que trabajan conjuntamente y que pueden ser, asociaciones formales o informales, asociaciones de empresas, instituciones financieras, organizaciones culturales y religiosas, medios de comunicación, etc.;
- “*instituciones locales*”: escuelas, hospitales, servicios sociales, bibliotecas, policía, etc.;
- “*activos físicos*”: tierras, infraestructura, transporte, etc.;
- “*activos económicos*”: que generan ingresos mediante actividades económicas locales y regionales.

En 2010, Foot y Hopkins (102) consideran también una sexta categoría, “*los activos culturales de un área*”, que se refieren a los “*talentos para la música, el teatro, el arte y las oportunidades de cada uno para expresarse creativamente en las formas que reflejan sus valores e identidades*”. Hernán y Carrarco hacen referencia también a la categoría *cultura* para referirse a “*costumbres propias, desarrollo de la vida cotidiana, experiencia acumulada por las personas del lugar, estilos de vida comunes, fiestas típicas o propias, espacios de intercambio cultural, patrimonio cultural local, etc.*”.

Los seis tipos de activos descritos guardan relación con los determinantes sociales de la salud (103). Los activos personas se corresponden con los factores biológicos, psicosociales y conductuales del modelo. Los grupos y asociaciones se relacionan con la cohesión y capital social. En las instituciones y servicios y en los espacios físicos e infraestructuras se materializan las acciones concretas del sistema de gobierno y las políticas públicas (educación, salud, protección social, mercado de trabajo, vivienda, etc.), es decir, los determinantes estructurales de las desigualdades en salud. Al igual ocurre con los activos de la economía que se relacionan con las condiciones de empleo y trabajo, los ingresos y la situación económica y que vienen determinados por las políticas macroeconómicas, del mercado de trabajo y los actores económicos y sociales. Finalmente, los activos cultura se corresponden con la cultura y valores del modelo.

Retomando el trabajo de Kretzmann y McKnight, estos autores hablan de bloques de construcción para la regeneración (“*building blocks for regeneration*”) y distinguen

diferentes tipos de “*assets*” en función de su nivel de accesibilidad y control por parte de la comunidad: a) los localizados en el barrio y controlados por las personas que viven en él; b) los localizados en el barrio pero controlados desde fuera; y c) los localizados fuera del barrio y controlados también desde fuera. Los activos identificados se pueden conectar para tratar de dar respuesta a las necesidades e intereses de la comunidad.

Morgan y Ziglio definen un activo para la salud como “*un factor o recurso que mejora la habilidad de individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y ayudar a reducir las inequidades en salud*” (64). Son recursos que individuos y comunidades tienen a su disposición y actúan como factores de protección o promoción de salud. Los autores distinguen tres niveles de activos:

1. individual: competencia social, habilidades de resistencia, compromiso para aprender, autoestima, sentido de pertenencia y valores positivos;
2. comunitario: redes de familia y amistades (apoyo social), solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria, grupos afines (ayuda mutua), tolerancia religiosa y armonía;
3. organizacional o institucional: recursos ambientales para promover la salud física, mental y social, seguridad en el empleo, hogares seguros y agradables, democracia política, oportunidades de participación, justicia social y mejora de la equidad.

Álvarez-Dardet y Ruiz (104) prefieren utilizar “patrimonio” como traducción del término “*assets*” que guarda relación también con el legado cultural y la posesión comunitaria real superando el sentido estrictamente económico de los “activos” relacionado con el dinero. Estos autores señalan que los modelos del déficit subrayan las necesidades y carencias de la población, la tendencia a identificar problemas, los factores de riesgo de enfermedad, la necesidad de recursos profesionales, los altos niveles de dependencia de la población hacia los servicios de salud y del bienestar. Afirman que esta corriente ha sido la dominante, la que ha creado evidencia científica y sobre la que se ha fundamentado las políticas públicas en promoción de la salud. Destacan que resulta curioso hablar en términos de “prevención de la

enfermedad” y “evitar factores de riesgo”, cuando de lo que se trata es de promover la salud.

Siguiendo a Morgan y Ziglio, desde el modelo de activos para la salud se acentúa la capacidad positiva de la comunidad para identificar recursos y dinamizarlos con el objetivo de crear y ganar salud y encontrar respuestas a las necesidades identificadas. Este modelo supone una aproximación positiva para la acción: se pone el foco en los factores de promoción y protección de la salud. Lo más importante del modelo es el cambio de mirada, el enfoque hacia la salud positiva: ver el vaso “medio lleno” (modelo de activos) en lugar de “medio vacío” (modelo del déficit). Para los autores, ambos modelos son importantes y complementarios pero subrayan la necesidad de redirigir el equilibrio entre los activos y los modelos de déficit en salud pública para desarrollar acciones efectivas que reduzcan las desigualdades sociales en salud.

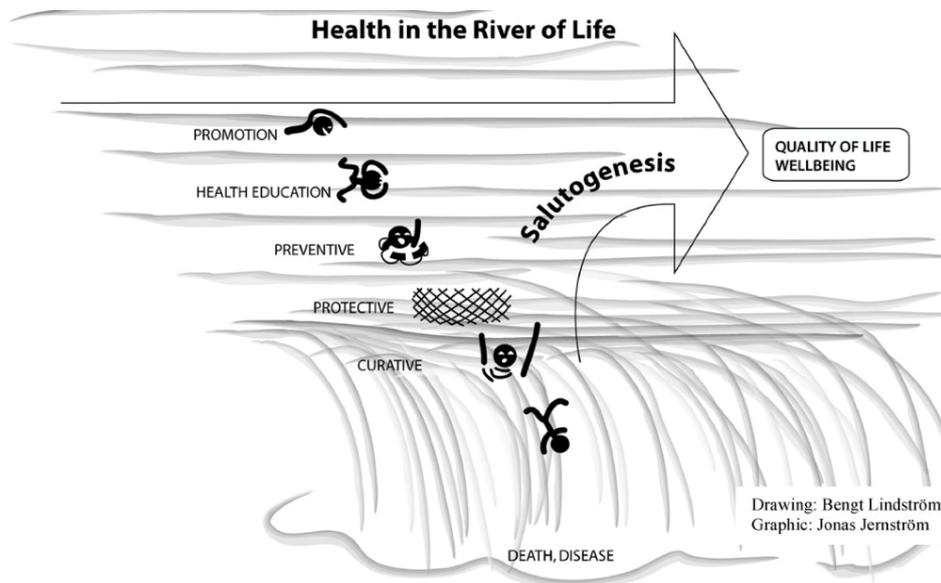
El modelo de activos para la salud se basa en la teoría de la salutogénesis de Aaron Antonovsky (“*evidence base*”), el mapa de activos en salud como vía para promover la equidad (“*action*”) y la aproximación multidisciplinar para medir la efectividad de las intervenciones con un conjunto de indicadores salutogénicos (“*evaluation*”).

Antonovsky, sociólogo estadounidense, que emigró a Israel en los años 60 para trabajar en el Instituto Israelí para las Ciencias Sociales Aplicadas y en el Departamento de Medicina Social en la Universidad Hebrea de Jerusalén, acuñó el término salutogénesis (5) (origen de la vida) a finales de los años 70. Estaba realizando un estudio sobre los efectos de la menopausia en mujeres sometidas a acontecimientos altamente estresantes (algunas de ellas habían sobrevivido al Holocausto nazi). Antonovsky centró su interés en comprender la causa de que un pequeño grupo de estas mujeres mantuvieran un buen ajuste psicológico en las diferentes áreas de funcionamiento personal (familia, trabajo, relaciones sociales,...). Antonovsky trató de responder a tres preguntas: “¿*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?*” (105). Estas preguntas fueron clave en la elaboración de la teoría de la salutogénesis (6).

Lindström y Erikson afirman que la perspectiva salutogénica pone el foco en identificar los recursos, condiciones y factores que pueden hacer que las personas nos movamos en la dirección de la salud: vivir más, tendencia a elegir comportamientos positivos de salud y afrontar mejor el estrés y la enfermedad. En contraposición, desde la perspectiva patogénica (el modelo de déficit) el interés era comprender los determinantes de la mala salud o enfermedad. Desde la perspectiva de Antonovsky y otros autores como Milton Terris (106) se planteó la existencia de un *continuum bienestar-enfermedad* situando en un polo la salud, el sentirse bien o “*el elevado nivel de bienestar (físico, mental y social) y de capacidad de funcionamiento*”, y en el polo opuesto, la enfermedad, el malestar o el sentirse enfermo. En ese continuo influyen múltiples factores que hacen que las personas nos situemos en diferentes puntos de ese continuo a lo largo de la vida.

Las acciones en salud se representaban con la metáfora del Río de la Vida. En la parte más alta del río, se sitúa la salud y el bienestar y corriente abajo se llega a la cascada que representa la enfermedad situándose en este orden: la promoción, educación (enseñar a las personas a nadar), prevención (persona con salvavidas), protección (barreras para evitar caídas a la cascada) y curación o tratamiento de enfermedades (salvar a la gente de ahogarse). Lindström, Erikson y Wikström (107) han elaborado la metáfora de La Salud en el Río de la Vida (figura 4) que muestra el escenario de las acciones para la salud, el bienestar y la calidad de vida desde la salutogénesis. En ella, la corriente principal no va cascada abajo sino que sigue la dirección horizontal de la vida. Cuando nacemos caemos en el río y la corriente nos arrastra y aprendemos a nadar en el río de la vida. Algunas personas nacen en el bienestar, donde las condiciones de vida son buenas. Otras personas nacen cerca de la cascada, en la enfermedad, donde las condiciones son duras y difíciles. Independientemente de dónde nos encontremos en el río de la vida, siempre existe la posibilidad de encontrar riesgos para la salud. Sin embargo, las personas aprendemos de nuestras experiencias, adquirimos habilidades (que guardamos en una mochila) para identificar y utilizar recursos que mejoran nuestra salud y la vida (6).

**Figura 4. La Salud en el Río de la Vida<sup>10</sup>**



En la teoría de la salutogénesis, el primer concepto clave es el Sentido de Coherencia (SOC): es la orientación a la vida, una forma de pensar, de actuar. Un SOC fuerte permite a las personas ver la vida como algo coherente, comprensible, manejable y significativa con seguridad y confianza para identificar recursos propios y en el entorno. Lo que da sentido a la vida es creer que la vida tiene sentido (significado). Las tres dimensiones del SOC son: comprensibilidad (dimensión cognitiva), manejabilidad (conductual) y significatividad (motivacional) (6). El modelo fue criticado por no incluir un componente afectivo estando sobre-representada la dimensión cognitivo-racional (105).

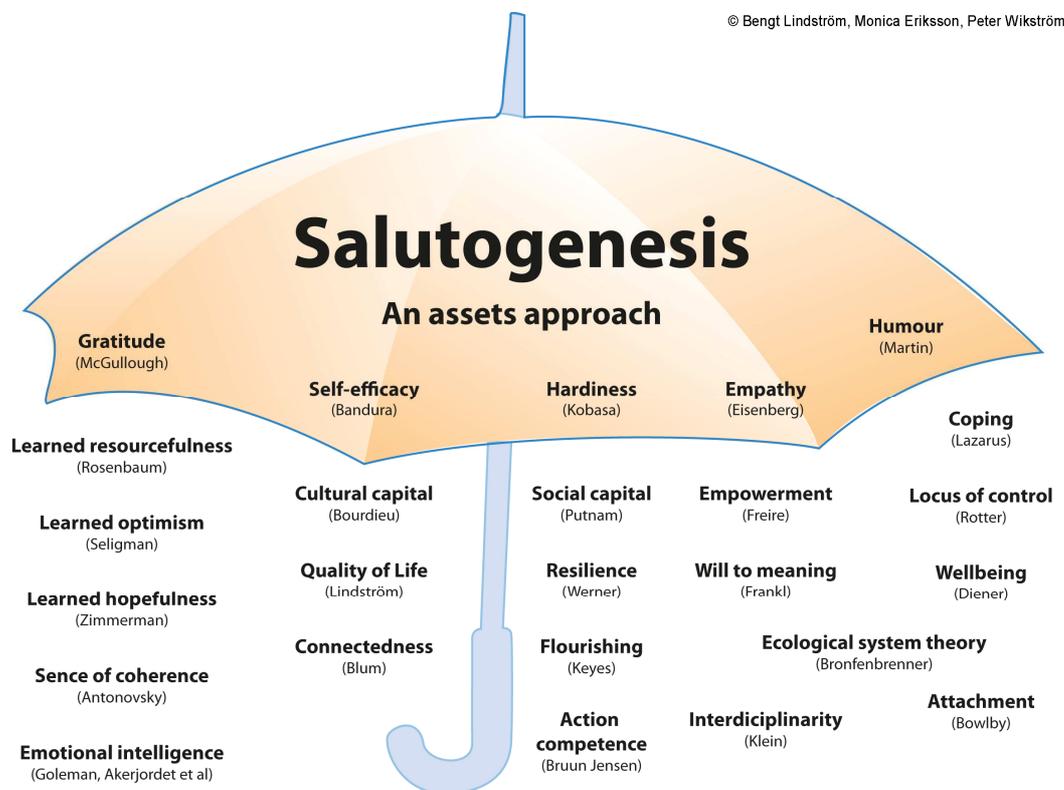
El segundo concepto clave son los Recursos de Resistencia Generalizada de la propia persona y del entorno. Se definen como *“una característica (física, bioquímica, artefactual-material, cognitiva, emocional, valorativa-actitudinal, interpersonal-relacional, macro sociocultural) de un/a (individuo, grupo primario, subcultura, sociedad) que es efectiva para (evitar, combatir) una amplia variedad de estresores”*. Son por ejemplo, la autoestima, el conocimiento, el contacto con los

<sup>10</sup> Tomado de: Erikson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int. 2008;23(2);190-9.

sentimientos interiores, las relaciones sociales, las creencias, la religión, el significado de la vida, el dinero y el alojamiento. La clave está en disponer recursos y tener la habilidad para usarlos de forma promotora de salud.

Existen diferentes teorías y conceptos que guardan similitudes con la teoría de la salutogénesis (figura 5, el paraguas salutogénico). El enfoque central son los recursos para la salud y la calidad de vida mientras que para la OMS se habla del modelo de activos para la salud.

**Figura 5. El paraguas salutogénico<sup>11</sup>**



El modelo de activos para la salud puede ser utilizado para:

1. generar evidencia basada en la teoría de la salutogénesis que identifica los factores de promoción y protección de la salud y las acciones que necesitan ser realizadas para ganar salud;

<sup>11</sup> Tomado de Lindström B, Erikson M. Guía del autoestopiasta salutogénico: Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria; 2011.

2. valorar el modo más eficaz de poner en práctica las acciones necesarias para crear las condiciones para la salud;
3. desarrollar las medidas más apropiadas y evaluación del modelo para valorar la efectividad de estas acciones.

Morgan y Ziglio consideran que este modelo es un buen enfoque para reorientar y revitalizar la promoción de la salud hacia modelos de acción basados en activos para ganar salud. El enfoque del trabajo con activos es definido por Morgan y Hernán como el *“proceso de coproducción de salud entre personas, comunidades y profesionales en un contexto determinado”* (108).

Unos años después, Álvarez-Dardet y colaboradores, acuñan el término *“activos para la salud pública”* y lo definen como *“expresión del patrimonio de las comunidades justas, equitativas y democráticas, como resultado de sus esfuerzos organizados; esto se logra facilitando el empoderamiento comunitario y las capacidades que mejoran, promueven y restauran la salud de las poblaciones, y que pueden ayudar a reducir las desigualdades en salud”* (109).

En los años previos a la realización de este trabajo de investigación, se había desarrollado ya una buena base teórica del modelo de activos para la salud y la teoría de la salutogénesis. Pero existía poca investigación empírica sobre cómo llevar el modelo de activos para la salud a lo aplicado, a los entornos. Algunas de dichas experiencias habían sido desarrolladas por McKnight y Kretzmann (100) y Rütten et al (110).

El presente trabajo de investigación trata de ser una experiencia aplicada de cómo realizar un mapa de activos para la salud en barrios en situación de elevada vulnerabilidad, cómo conectar y dinamizar los activos identificados para dar respuesta a las necesidades sentidas por la población, y lo más novedoso, cómo diseñar una acción comunitaria de promoción de la salud basada en la dinamización de los mapas de activos.

Coincidiendo con este estudio y durante los años posteriores a él, ha habido más producción científica de carácter teórico sobre el modelo (7), sobre metodología para identificar activos (111-112) o sobre experiencias de mapeo de activos en diferentes

entornos (113-114). También, ha habido un incremento significativo de acciones formativas en congresos y jornadas científicas y en foros académicos. Sin embargo, no existen apenas publicaciones relacionadas con intervenciones en salud comunitaria basadas en la dinamización de activos ni hay evidencia hasta el momento de la evaluación del proceso de elaboración de mapas ni de las actuaciones desarrolladas a partir de ellos.

Las políticas públicas internacionales, nacionales y regionales sobre salud han incorporado la perspectiva de activos en la formulación de los contenidos operativos, es decir, en las líneas estratégicas, objetivos, acciones e indicadores. Algunos ejemplos son Horizonte 2020 de la OMS (115), legislación española relativa a la promoción de activos y la salutogénesis en salud pública (116) o el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (62).

# CAPÍTULO 3

## PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: DE LA TEORÍA A LA PRAXIS

---

### De los fines de la investigación

#### 3.1. Objetivos

Los objetivos generales del trabajo son:

1. Describir el proceso y resultados de elaboración de los mapas de activos para la salud de dos barrios en situación de vulnerabilidad social en el que se lleva a cabo una intervención comunitaria (modelo RIU) para promover la salud y facilitar el acceso de la población a los servicios de salud y los programas preventivos.
2. Describir el proceso de dinamización del mapa de activos para la salud de cada uno de los barrios en una propuesta de intervención comunitaria.

Los objetivos específicos son:

1. Identificar los diferentes activos para la salud (personas, grupos o asociaciones, servicios e instituciones, espacios físicos e infraestructuras, economía local y cultura) de dos barrios vulnerables y su localización (en el barrio, resto del municipio, comarca y otros lugares).
2. Elaborar un mapa con los activos identificados en los barrios.
3. Conectar y dinamizar los activos del mapa de uno de los barrios en función de las necesidades sentidas por la población participante en el estudio.
4. Presentar el diseño del proyecto de intervención comunitaria que se implementa en el barrio como resultado de la dinamización de los activos en salud.

Como ya se ha avanzado, los fines de esta exploración son más ambiciosos y buscan la acción, la participación y el compromiso de todos los agentes involucrados.

### **3.2. Hipótesis**

1. Los barrios en situación de elevada vulnerabilidad en los que se concentran numerosas desigualdades sociales disponen de activos para la salud que pueden ser conectados y dinamizados de forma participativa para la mejora de la salud de la población y del propio entorno.
2. Las personas que residen en dichos barrios son capaces de identificar activos para la salud en mayor medida que el personal técnico que trabaja en los servicios públicos de la administración.
3. Las personas en situación de vulnerabilidad que residen en estos barrios pueden formar parte de grupos de trabajo con profesionales de diferentes sectores y otras personas implicadas para realizar propuestas de actuación para promover la salud de la población y del entorno y participar en su desarrollo.

**PARTE SEGUNDA:**  
**METODOLOGÍA Y**  
**RESULTADOS**

---



## **Del desarrollo metodológico y resultados**

El diseño planteado fue un estudio descriptivo en el que se utilizaron técnicas cualitativas de investigación social, concretamente entrevistas individuales y grupales y dinámicas participativas de trabajo, para identificar los activos para la salud, conectarlos y dinamizarlos en una propuesta de intervención comunitaria. En la representación gráfica del mapa de activos del segundo barrio se utilizó *Google Earth*® como herramienta de geolocalización.

El estudio fue realizado en dos barrios, El Raval de Algemés, de junio de 2010 a julio de 2011, y en L'Alquerieta de Alzira, de diciembre de 2012 a abril de 2013.

El equipo investigador estuvo formado por el responsable del proyecto RIU, médico de salud pública, y la coordinadora de dicho proyecto, psicóloga de la fundación de investigación que gestiona el proyecto y que presenta este trabajo de investigación. Así mismo, colaboraron como miembros del equipo investigador, en 2010 una enfermera de salud pública y en 2012, una licenciada en óptica e investigadora adscrita al departamento de salud pública de la universidad.

Para facilitar la comprensión del estudio, se presenta el método empleado y los resultados obtenidos por cada uno de los dos barrios.



**ESTUDIO DEL BARRIO EL RAVAL  
DE ALGEMESÍ:  
MÉTODOS Y RESULTADOS**

---



## CAPÍTULO 4

### MÉTODOS DEL ESTUDIO DE EL RAVAL

---

#### 4.1. **Ámbito del estudio. Caracterización del barrio**

Algemesí es un municipio de la comarca de La Ribera de la Comunitat Valenciana. Su población se distribuye en tres núcleos: Algemesí, el barrio de El Carrascalet y el barrio Raval de Sant Roc (en adelante El Raval).

El Raval es un barrio separado del resto del municipio por barreras geográficas (el río “*Magre*”) y artificiales (la vía del ferrocarril y el polígono industrial La Xara).

El parque inmobiliario del barrio se encuentra en muy mal estado. Dos grandes bloques de edificios, uno propiedad de EIGE (Entidad de infraestructuras de la Generalitat Valenciana) y otro, en el que la mayoría de las viviendas son de una entidad bancaria, están en condiciones de no habitabilidad e insalubridad (falta de ventanas y puertas, filtraciones de agua, accesos a pisos tabicados, etc.). En el primero de ellos, se ha solicitado su demolición y transformación en zona verde. Otro tercer bloque de edificios de nueva construcción, en el que las viviendas son en su mayoría también propiedad de una entidad bancaria, está degradándose progresivamente. Por último, destacar la existencia de una serie de bloques de edificios construidos tras la riada de 1.957, con muchas menos viviendas por edificio, que necesitan también de mejoras y mantenimiento para evitar su degradación. La mayoría de los edificios del barrio no dispone de ascensor o está inservible. Por contra, las viviendas mejor mantenidas en el barrio son las de tipo unifamiliar.

En cuanto a las infraestructuras públicas y el mobiliario urbano, los bancos necesitan ser renovados al estar en mal estado y trasladarlos a otras zonas para mantener el descanso nocturno en las viviendas. Se han adaptado las aceras de la mayoría del barrio y renovado la iluminación. Durante muchos años, las trapas del alcantarillado ni siquiera eran repuestas.

El barrio cuenta con una escuela infantil y un centro educativo de educación infantil y primaria (CEIP “Salvador Andrés”). Se ha aprobado en los presupuestos participativos del municipio de hace dos años la construcción de una biblioteca contigua al colegio. Los bloques con los que se construirá han sido elaborados por jóvenes del propio vecindario contratados para ello.

Existe también un edificio, el antiguo pabellón de infantil, que requiere de mejoras y mantenimiento para su uso, y que está siendo utilizado para el desarrollo de la intervención RIU, y actividades de apoyo escolar para alumnado de la ESO y de alfabetización con mujeres extranjeras a cargo de la asociación Nuevo Futuro.

Desde la asociación Nuevo Amanecer Gitano también se impulsan algunas actividades formativas como clases de guitarra en el bajo de uno de los edificios pendientes de demolición. También, en uno de los locales pertenecientes a la antigua parroquia del barrio, se organizan semanalmente actividades manuales con mujeres desde la asociación Cáritas. Otro de los lugares de reunión es el local de la iglesia evangélica.

Los recursos deportivos son dos campos de césped artificial para fútbol 7 y 11, un velódromo y una piscina olímpica clausurada hace dos años por falta de inversión para ser utilizada. Ni los campos de fútbol ni el velódromo son utilizados por el vecindario. Por contra, la piscina sí era utilizada.

Aunque el barrio está acotado por el cauce del río “*Magre*” y los campos de cultivo, no existen prácticamente zonas verdes ni lugares de juegos infantiles. Sólo hay un parque infantil, recientemente equipado, con pistas para jugar a la petanca que también han sido mejoradas. El ayuntamiento está planteándose el acondicionamiento del río como paseo fluvial. No hay ningún transporte público que una el barrio con el resto del municipio, tampoco carril bici ni parada de bicicletas.

En cuanto a pequeños comercios, el barrio cuenta actualmente con tres bares, un pequeño ultramarinos o bazar, un quiosco, un despacho de pan y una farmacia.

La tabla 4 muestra la población empadronada en Algemés y en el barrio de El Raval (distrito 5.1 a y c de Algemés), desagregada por sexo en el año en 2008 (año de inicio de la intervención RIU en dicho municipio), en 2010 (año en el que se realizó

el mapa de activos para la salud que se presente en este trabajo de investigación) y en 2015 (año en el que se realizó la última consulta de datos en la oficina del Padrón municipal. En la tabla 5, figura la población empadronada en El Raval y en el resto de Algemesí en 2008 según sexo y nacionalidad.

**Tabla 4. Población empadronada en Algemesí y en el barrio El Raval en 2008, 2010 y 2015, según sexo**

Año	Algemesí			El Raval		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2008	14.223	14.312	28.535	851	720	1.571
2010	14.066	14.263	28.329	803	678	1.481
2015	13.732	13.934	27.666	788	687	1.475

Elaboración propia, Padrón Municipal

**Tabla 5. Población empadronada en El Raval y en el resto de Algemesí en 2008, según sexo y nacionalidad**

Población	Algemesí (sin El Raval)			El Raval		
	Total % de Algemesí	Hombres % país procedencia	Mujeres % país procedencia	Total % de Algemesí	Hombres % país procedencia	Mujeres % país procedencia
Española	24.533 85,97%	12.118 49,40%	12.415 50,60%	1.091 3,82%	552 50,60%	539 49,40%
Extranjera	2.431 8,51%	1.254 51,58%	1.177 48,42%	480 1,68%	299 62,29%	181 37,71%
Total	26.964 94,49%	13.372 49,59%	13.592 50,41%	1.571 5,51%	851 54,17%	720 45,83%

Elaboración propia, Padrón Municipal, a 31 de diciembre de 2008

En las dos columnas “Total” los porcentajes se han calculado sobre la población de Algemesí (28.535 habitantes). En las columnas relativas al sexo, los porcentajes de hombres y mujeres se han calculado por procedencia (española y extranjera) y sobre el total de la población empadronada en el barrio y en el resto del municipio.

**Tabla 6. Población extranjera empadronada en El Raval y en el resto de Algemésí en 2008, según país de procedencia y sexo**

País	Algemésí (sin El Raval)			El Raval		
	% población extranjera	Hombres % país procedencia	Mujeres % país procedencia	% población extranjera	Hombres % país procedencia	Mujeres % país procedencia
Marruecos	796 32,74%	466 58,54%	330 41,46%	254 52,92%	174 68,50%	80 31,50%
Argelia	148 6,09%	91 61,49%	57 38,51%	35 7,29%	24 68,57%	11 31,43%
Rumanía	280 11,52%	135 48,21%	145 51,79%	97 20,21%	53 54,64%	44 45,36%
Ecuador	204 8,39%	90 44,12%	114 55,88%	11 2,29%	5 45,45%	6 54,55%
Bolivia	165 6,79%	62 37,58%	103 62,42%	3 0,62%	0 0%	3 100%
Otros	838 34,47%	410 48,93%	428 51,07%	80 16,67%	43 53,75%	37 46,25%
Extranjera	2.431 100%	1.254 51,58%	1.177 48,42%	480 100%	299 62,29%	181 37,71%
% de la población	9,01%	-	-	30,55%	-	-

- no corresponde

Elaboración propia, Padrón Municipal, a 31 de diciembre de 2008

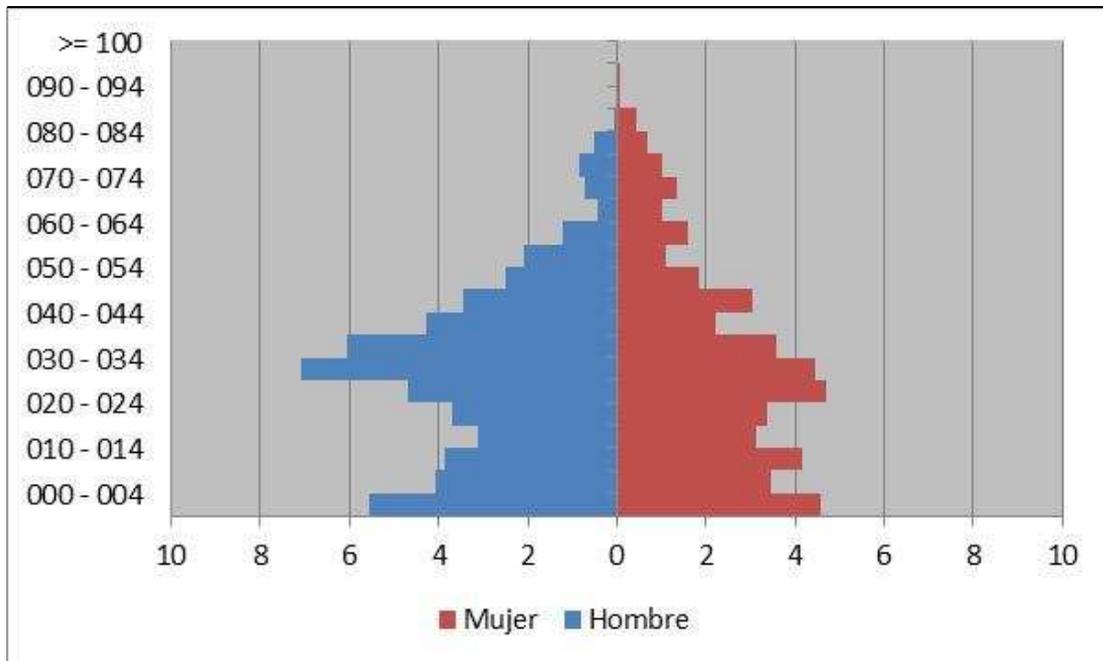
En las columnas “población extranjera”, los porcentajes de cada uno de los países se calculan sobre el total de la población extranjera empadronada en el barrio (480 personas) y en el resto del municipio (2.431 personas), respectivamente. Como en la tabla anterior, en las columnas relativas al sexo, los porcentajes de hombres y mujeres se han calculado por país de procedencia y sobre el total de la población extranjera. Finalmente, en la última fila, se ha calculado el porcentaje de población extranjera respecto de la población total que está empadronada en El Raval (1.571 personas) y en el resto del municipio (26.964 personas).

Como se observa en las tablas 5 y 6, la población del barrio El Raval representaba el 5,51% de la población del municipio (el 45,83% eran mujeres). La población extranjera empadronada en el barrio de El Raval era el 30,55% de la población total del barrio (el 62,29% hombres), mientras que el caso del resto del municipio era sólo del 9,01% de la población del resto del municipio (el 51,58% son hombres). Al igual que en el resto del municipio, las procedencias mayoritarias son Marruecos y

Rumanía, que en el caso del barrio representan el 52,92% y el 20,21% de su población extranjera. En el caso de las personas empadronadas en El Raval procedentes de Marruecos, Argelia y Rumanía, predominan los hombres (el 68,50%, 68,57% y el 54,64%, respectivamente). En el caso de la población latinoamericana, la mayoría de Ecuador y Bolivia, está empadronada mayoritariamente en el resto del municipio, y según sexo predominan las mujeres (55,88% y 62,42% respectivamente).

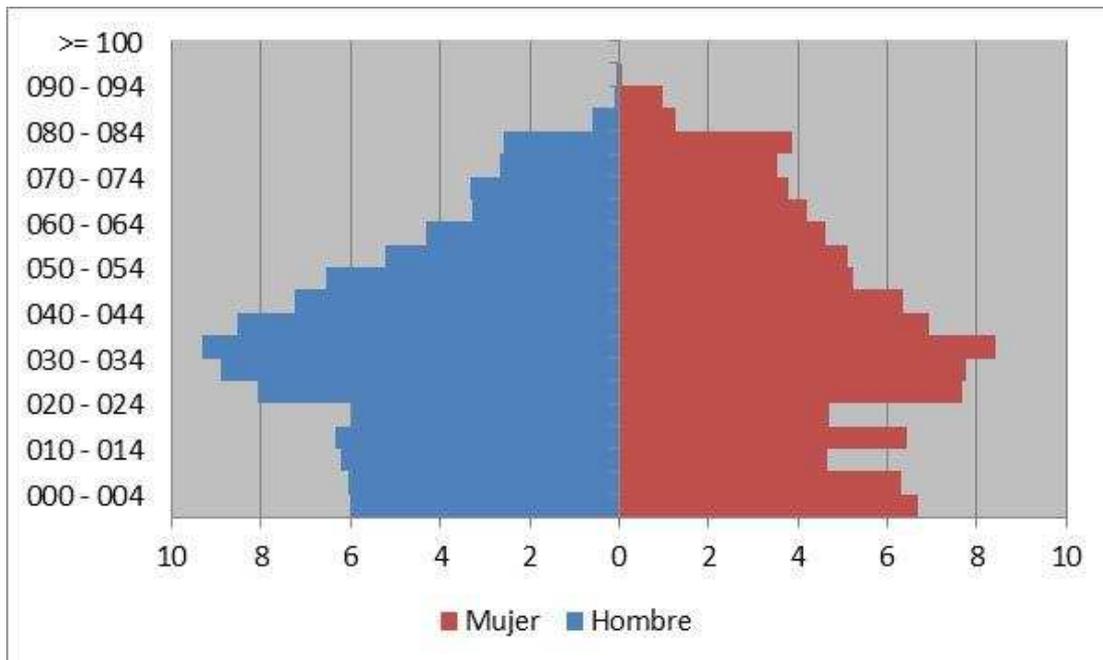
En las figuras 6 y 7, se representan las pirámides poblacionales del barrio El Raval y del resto del municipio de Algemesí. En el caso de la pirámide poblacional de El Raval, hay una concentración importante de población en los grupos de edad centrales. Se observa un mayor número de hombres que de mujeres en esta franja de edad y que se explica en parte por la población extranjera masculina. También destaca el elevado porcentaje de población joven que se aproxima a los de las edades centrales. En cambio, en las edades más avanzadas, bajan considerablemente las cifras en El Raval. En el caso de la pirámide el resto de Algemesí, los grupos de menor y mayor edad muestran un índice de población más reducido, concentrándose la mayoría de la población en las edades centrales. Comparando ambas pirámides, se observa como la población de mayor edad del resto de Algemesí es más elevada que la del barrio de El Raval.

**Figura 6. Pirámide poblacional del barrio El Raval, 2008**



Elaboración propia, Padrón Municipal, a 31 de diciembre de 2008

**Figura 7. Pirámide poblacional de Algemés (sin El Raval), 2008**



Elaboración propia, Padrón Municipal, a fecha 31 de diciembre de 2008

Es un barrio en donde tradicionalmente ha convivido población española y española de etnia gitana. No se puede determinar con exactitud los datos de la ciudadanía de etnia gitana que reside en el barrio o en Algemés al no incorporar esta variable los sistemas de información. Se disponen de datos procedentes de fuentes secundarias con las que realizar una estimación: entorno al 70% del alumnado de 6-12 años del CEIP Salvador Andrés de Algemés matriculado en la etapa de educación primaria es de etnia gitana.

En relación al nivel de estudios de la población en 2008 (tabla 7), el 5,09% de la población de El Raval era analfabeta (casi un 3,5% más que el resto de Algemés) y el 64,99% de la población del barrio no poseía el título de graduado escolar (en comparación al 49,85% de la población del resto del municipio).

**Tabla 7. Nivel de estudios de la población de El Raval y del resto del municipio en 2008**

Nivel de estudios	Algemés (sin El Raval)		El Raval	
	N	%	N	%
No aplicable <10 años	2.938	10,90%	272	17,31%
No sabe leer ni escribir	393	1,46%	80	5,09%
Título inferior a graduado	13.443	49,85%	1.021	64,99%
Graduado escolar o equivalente	4.819	17,87%	114	7,26%
Bachiller, FP 2 o superiores	5.359	19,87%	70	4,46%
Desconocidos	12	0,05%	14	0,89%
Total población	26.964	100%	1.571	100%

Elaboración propia, Padrón Municipal, a 31 de diciembre de 2008

En relación a la ocupación, no se dispone de datos relativos a El Raval, sin embargo, el incremento del desempleo consecuencia de la crisis económica fue mucho más elevado en el barrio que en el resto de Algemés puesto que los empleos se producían sobre todo en el sector agrícola y en el de la construcción. Muchos vecinos y vecinas del barrio eran perceptores de prestaciones de servicios sociales destinadas especialmente a alimentación básica y vivienda (suministros de agua, luz, alquiler, hipoteca, etc.) así como la renta garantizada de ciudadanía.

## **4.2. Población participante en el estudio**

La población participante en el estudio fue elegida por el equipo investigador de acuerdo a los siguientes criterios: en primer lugar, se incluyó a las 13 mujeres capacitadas como agentes de salud en la edición 2010-2011 del proyecto RIU Algemés por ser el grupo motor con el que se estaba trabajando en ese momento; en segundo lugar, las 20 personas entrevistadas por el grupo de agentes de salud (12 de la ciudadanía y 8 profesionales) y las 4 personas (ciudadanas) que participaron en la dinamización de los activos todas ellas denominadas “informantes clave” y consideradas por el grupo de agentes de salud como activos para la salud del barrio; en tercer lugar, el grupo de 19 profesionales que formaban parte de la red intersectorial de apoyo al proyecto y que aceptaron participar por agenda de trabajo y voluntad profesional.

La tabla 8 describe las características sociodemográficas del grupo de agentes de salud participante en el estudio. La tabla 9 muestra las personas informantes clave de la ciudadanía (según sexo, país de nacimiento y lugar de residencia) y profesionales (según ámbito de trabajo, perfil profesional y sexo). Finalmente, la tabla 10 presenta el personal técnico de la red intersectorial participante en el estudio (igualmente según ámbito de trabajo, perfil profesional y sexo).

**Tabla 8. Características sociodemográficas de las personas agentes de salud participantes en el estudio del barrio El Raval de Algemesí**

Procedencia-etnia	Edad		Residencia		Estudios		Situación familiar		Trabajo
	18-34	≥35	El Raval	Resto de Algemesí	No graduado	Graduado o más	Con pareja	Con Hijos	
España	3	1	3	1	2	2	1	1	0
España gitana	1	2	3	0	3	0	3	3	1
Marruecos	1	3	2	2	1	3	3	3	1
Cuba	0	1	1	0	0	1	0	1	0
Ecuador	0	1	1	0	0	1	1	1	1
Total	5	8	11	2	6	7	8	9	3

**Tabla 9. Informantes clave participantes en el estudio del barrio El Raval de Algemesí**

**Ciudadanía**

País de procedencia y etnia	Hombres	Mujeres	El Raval	resto de Algemesí
España	3	6	7	2
España etnia gitana	0	5	5	0
Marruecos	0	2	0	2
Total	3	13	12	4

**Profesionales**

Ámbito de trabajo	Perfil profesional	Hombres	Mujeres
Asistencia sanitaria	matrona	0	1
	trabajo social	0	1
	medicina	1	0
Farmacia	farmacia	0	1
Administración local	trabajo social	1	1
	auxiliar ayuda a domicilio	0	1
Educación	educación infantil	0	1
Total		2	6

**Tabla 10. Ámbito de trabajo y perfil del grupo de profesionales de la red intersectorial participantes en el estudio del barrio El Raval de Algemés**

Ámbito de trabajo	Perfil profesional	Hombres	Mujeres
Salud Pública	medicina	2	2
	enfermería	1	2
	veterinaria	1	0
	psicología	0	1
	sociología	0	2
Asistencia sanitaria	medicina	1	0
	enfermería	0	2
	psiquiatría	0	1
Administración local	integración social	0	1
	psicología	0	2
Educación	magisterio	0	1
Total		5	14

### **4.3. Del desarrollo metodológico**

#### **4.3.1. Revisión de la literatura sobre activos para la salud**

Se realizó una revisión de la literatura científica en Medline y literatura gris sobre el modelo teórico de activos en salud, métodos y experiencias aplicadas de identificación de mapas de activos en salud llevadas a cabo a nivel internacional.

#### **4.3.2. Capacitación del equipo investigador en el modelo de activos para la salud**

Se asistió al simposium “*Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action Health Assets for Young People Wellbeing*” organizado por la Universidad de Hertfordshire de Reino Unido y la Universidad de Sevilla con el apoyo de la OMS y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el marco de la Presidencia Española de la Unión Europea y que fue celebrado en Sevilla en abril de 2010.

En el encuentro, se mantuvo contacto con Antony Morgan, director asociado del *National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE, en Reino Unido. Se dio a conocer las características del modelo de intervención comunitaria llevada a cabo en el Proyecto RIU, así como el interés del equipo técnico del mismo por elaborar un mapa de activos para la salud que pudiera ser dinamizado mediante acciones grupales y comunitarias para ganar salud en el barrio objeto de intervención. Morgan se mostró interesado por comprobar la aplicación empírica del modelo teórico y propuso, así mismo, la colaboración de Mariano Hernán, profesor de Promoción de la Salud y Salud Pública en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Se acordó realizar una asesoría de expertos en Valencia en septiembre de 2010.

#### **4.3.3. Diseño del método para elaborar el mapa de activos para la salud**

Para diseñar la metodología de identificación del mapa de activos para la salud se utilizó la siguiente bibliografía:

- Kretzmann JP, McKnight JL, Dobrowolski S, Puntteney D. Discovering community power: a guide to mobilizing local assets and your organizations's capacity. Asset-Based Community Development Institute, 2005.  
<http://www.abcdinstitute.org/publications/workbooks/>
- McKnight JL, Kretzmann JP. Mapping Community Capacity. Institute for Policy Research. Northwestern University, 1990.  
[http://www.mnddc.org/parallels2/pdf/90s/90/90-MCC-McKnight\\_Kretzmann.pdf](http://www.mnddc.org/parallels2/pdf/90s/90/90-MCC-McKnight_Kretzmann.pdf)
- Allen JC. Building Communities from the inside out: asset inventories. University of Nebraska-Lincoln.
- Rütten A, Abu-Omar K, Farsa A, Morgan A. Assets for policy making in health promotion: Overcoming political barriers inhibiting women in difficult life situations to access sport facilities. *Soc Sci Med.* 2009 Dec; 69 (11): 1667-73

El diseño para identificar el mapa de activos se planteó en tres fases de trabajo: la primera de ellas, con las personas agentes de salud; la segunda, con la red intersectorial de profesionales que apoyaban el proyecto; y la tercera, a cargo del equipo técnico del proyecto RIU.

A continuación se describe el proceso de implementación del trabajo de investigación a través de sus distintas etapas y fases.

## **ETAPA 1. ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS**

### **1ª Fase: Las agentes de salud identifican los activos**

Se diseñó un taller compuesto por 5 sesiones (de 3 horas de duración cada una de ellas) de trabajo grupal con las personas agentes de salud que fueron conducidas por la técnica coordinadora del proyecto e investigadora del presente estudio. Las sesiones se realizaron en el centro social del barrio en el que tenía lugar la formación-acción de las personas agentes de salud.

A continuación, se muestra la guía de sesiones diseñada para identificar los activos en salud del barrio en la que se describen los objetivos a alcanzar y las actividades de cada sesión.

## **GUÍA PARA ELABORAR UN MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD POR LAS AGENTES DE SALUD DEL PROYECTO RIU**

---

### **Objetivos:**

- Que las personas agentes de salud conozcan la definición de activo para la salud y la clasificación de los tipos de activos que señala la literatura
- Que conozcan las diferencias entre el modelo del déficit en salud pública que subraya la prevención de la enfermedad y el modelo de activos basado en la teoría de la salutogénesis centrada en la creación de salud
- Que reflexionen sobre el sentido de aplicar el modelo de activos para ganar salud en el barrio
- Que las personas agentes de salud, como miembros del propio entorno comunitario, participen en la identificación de los distintos tipos de activos en salud del barrio, del municipio y de la comarca

### **Sesión 1ª**

#### **Actividad 1. Definición de activo para la salud. Activos a nivel personal y del propio grupo**

Cada persona del grupo trabaja estas preguntas a nivel individual:

*¿Qué cosas buenas, positivas... tengo **yo misma** y pueden ser importantes para mejorar mi salud? ¿Por qué?*

*¿Qué cosas buenas, positivas... tengo **yo misma** y pueden ser importantes para mejorar la salud del barrio? ¿Por qué?*

*¿Qué cosas buenas, positivas... tiene **nuestro grupo** y pueden ser importantes para mejorar la salud del barrio? ¿Por qué?*

Las respuestas son escritas individualmente por cada persona del grupo y se recogen al final de la sesión para su análisis posterior. Se hace una puesta en común de las respuestas por parejas y se les entrega una definición de activo para la salud para que la lean y comprendan el concepto.

#### **Activos para la salud (64)**

Son los recursos que individuos y comunidades tienen a su disposición, que protegen y promueven estados de salud.

Son factores (o recursos) que mejoran las habilidades de individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones

para mantener y sostener la salud y el bienestar y ayudar a reducir las inequidades en salud.

Los activos pueden ser recursos humanos, sociales, físicos, ambientales, financieros, como por ejemplo, la red social de apoyo, la educación, los recursos naturales, etc.

### **Tipos de activos en salud**

Los activos pueden operar a nivel individual, grupal, comunitario y/o poblacional como factores protectores frente a los estresores de la vida.

#### **1) Activos a nivel individual**

Competencia social, habilidades de resistencia, compromiso para aprender, valores positivos, autoestima, sentido de pertenencia.

Por ejemplo: para población joven, actividades preventivas que focalicen factores protectores que permitan inhibirse de conductas de alto riesgo como abuso de sustancias, violencia y absentismo escolar.

#### **2) Activos a nivel comunitario**

Redes de apoyo social (familia y amistades), solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria, grupos afines y de ayuda mutua, tolerancia religiosa, armonía.

Por ejemplo: la cohesión de una comunidad medida por un conjunto de redes interactivas fuertes y positivas.

#### **3) Activos a nivel organizacional o institucional**

Recursos ambientales necesarios para promover la salud física, mental y social; seguridad en el empleo, oportunidades para servicios voluntarios, hogares seguros y agradables, democracia política, oportunidades de participación, justicia social y mejora de la equidad.

Por ejemplo: economías locales más fuertes, salvaguardar el ambiente, desarrollar comunidades cohesionadas.

La persona que dinamiza la sesión explica el concepto de activo para la salud a partir de la información anterior y aclara dudas.

### **Actividad 2. Activos persona, grupos, espacios físicos o infraestructuras**

Distribuidas en pequeños grupos (de 3 ó 4 personas), se les invita a contestar la siguiente pregunta, rellenando la tabla:

*¿Qué personas, grupos y lugares conocemos que por lo que piensan, hacen... son o puede ser buenos, positivos, importantes... para la salud del barrio?*

Estas personas, grupos y espacios influyen o pueden influir en la salud del barrio aunque no estén físicamente aquí en el barrio. Pueden estar en otros lugares del municipio, en la comarca o incluso en otros lugares.

**Planilla para identificar activos para la salud del barrio El Raval**

Activos	Raval	Resto de Algemés	Comarca La Ribera	Otros ámbitos
Personas				
Grupos (grupos, asociaciones o instituciones oficiales)				
Lugares, espacios físicos e infraestructuras				

Puesta en común y fin de la primera sesión. Se recogen las plantillas para su análisis posterior.

**Sesión 2ª**

La persona dinamizadora de la sesión recuerda el concepto de activo para la salud y el trabajo realizado en la sesión anterior. En parejas, las agentes de salud piensan en:

1. Dos personas como vosotras, de vuestro entorno, a las que os gustaría plantear las preguntas:

*¿Qué cosas buenas, positivas... tienes tú misma y pueden ser importantes para mejorar la salud del barrio? ¿Por qué?*

*¿Qué cosas buenas, positivas... (personas, profesionales, grupos, instituciones, recursos...) tiene este barrio y pueden ser importantes para que mejore? ¿Por qué?*

2. Una persona que, por el trabajo que desarrolla en el barrio, puede ser interesante saber cuál es su opinión.

*¿Qué cosas buenas, positivas... tiene el trabajo que usted realiza y pueden ser importantes para mejorar la salud del barrio? ¿Por qué?*

*¿Qué cosas buenas, positivas... tienen las personas que viven en el barrio y que pueden ser importantes para mejorar la salud? ¿Por qué?*

*¿Conoce otras personas, profesionales, grupos... que viviendo o trabajando en el barrio o en el resto del municipio podríamos considerar que actúan (de manera directa o indirecta) como elementos “positivos”*

*para la salud del barrio? ¿Quiénes son? ¿Cómo podríamos entrevistarlas?*

Las personas, ciudadanía y profesionales, a entrevistar son informantes clave. Se reparte el número de informantes clave a entrevistar por cada pareja de participantes. Se entrena al grupo para que sean capaces de realizar las entrevistas. Se facilita tiempo para que puedan planificarlas.

Las entrevistas se pueden mantener en los domicilios en el caso de las personas de la ciudadanía entrevistadas y en los lugares de trabajo en el caso de los profesionales entrevistados. La duración estimada de las entrevistas es de 30 minutos a 1 hora. Las entrevistas pueden ser grabadas si se dispone de grabadora o teléfono móvil o bien tomar notas durante su realización.

### **Sesión 3ª**

Se realiza una puesta en común de las entrevistas realizadas a población y profesionales y se comparte el resultado de las mismas.

Se planifica la realización de una segunda serie de entrevistas.

### **Sesión 4ª**

Se realiza una puesta en común de las entrevistas a población y profesionales y se comparte el resultado de las mismas.

### **Sesión 5ª**

Se elabora un mural con los activos identificados y se expone en la sala de trabajo del proyecto.

## **Recogida de la información**

### *Información facilitada por las personas agentes de salud*

Las tres preguntas que se plantearon sobre sus activos individuales y como grupo para mejorar la salud del barrio fueron respondidas por escrito individualmente y recogidas para su análisis por el equipo investigador.

Los activos para la salud personas, grupos, asociaciones o instituciones y espacios, lugares físicos e infraestructuras fueron registrados por escrito por parte de las agentes de salud en las plantillas diseñadas para tal fin por el equipo investigador.

### *Información facilitada por informantes clave*

Las personas agentes de salud recogieron por escrito las respuestas a las preguntas formuladas a informantes clave durante la realización de las entrevistas. En algunas entrevistas, al disponer de grabadora y teléfono móvil, fue posible la grabación del audio con consentimiento previo.

## **Análisis de la información**

### *Información facilitada por las personas agentes de salud*

Dos miembros del equipo investigador realizaron la lectura de las respuestas por escrito de las personas agentes de salud a las preguntas y las notas de la investigadora durante el debate grupal y clasificaron los activos individuales y como grupo de las personas agentes de salud en tres categorías:

- conocimientos: la información que tienen sobre los temas (por ejemplo, información sobre el barrio)
- habilidades: lo que saben hacer (por ejemplo, autocuidados, habilidades sociales, etc.)
- actitudes: el posicionamiento que toman ante las situaciones (por ejemplo, paciencia, interés por los temas de salud, ayuda a los demás, etc.)

Se realizó la lectura y transcripción de las razones argumentadas por las personas agentes de salud de ambos tipos de activos, los individuales y los grupales.

Se realizó también la lectura de la clasificación de activos para la salud realizada por las agentes de salud y la transcripción de las razones por las cuales dichos recursos eran considerados activos. Los dos miembros del equipo investigador revisaron la clasificación por escrito de los activos e introdujeron los cambios pertinentes en función de las siguientes categorías:

- *personas*: tanto ciudadanía como profesionales
- *grupos o asociaciones*: grupos formales, informales y asociaciones de diversa índole
- *espacios y servicios*: por espacios, se consideró aquellos lugares en los que se realizaban actividades formativas (por ejemplo, escuela pública de adultos) socioculturales, musicales (por ejemplo, escuela de baile), religiosas (centros religiosos), etc; por servicios, se incluyeron los prestados desde las entidades o instituciones públicas (como por ejemplo, el servicio municipal de limpieza) o las entidades privadas (como por ejemplo, la farmacia)
- *infraestructuras*: se incluyeron aquí tanto los espacios físicos (por ejemplo el parque infantil), los lugares destinados a la práctica deportiva (por ejemplo los polideportivos), el transporte y movilidad (por ejemplo el autobús o el taxi) o las infraestructuras y equipamiento público (por ejemplo asientos)

#### *Información facilitada por informantes clave*

La investigadora realizó una lectura de las anotaciones de las entrevistas realizadas a personas informantes clave y completó las tablas anteriores con los activos propuestos por ellas según la codificación anterior. Se realizó la lectura y transcripción de las razones para ser considerados activos. En una reunión posterior, los dos miembros del equipo investigador revisaron juntos la clasificación y discutieron los resultados.

## **2ª Fase: La red intersectorial de profesionales identifica los activos para la salud**

En 2010, se organizó un seminario-asesoría en el Centro de Salud Pública de Alzira sobre activos para la salud y su aplicación al proyecto RIU cuyo programa se presenta en el Anexo 1. En el seminario, se realizó un taller sobre activos para la salud dirigido a un grupo de profesionales de la red intersectorial de apoyo al proyecto. El taller contenía:

- la exposición de la teoría de la salutogénesis;
- el modelo de activos para la salud, la creación de mapas y la evaluación de la efectividad de los programas;
- la descripción sobre el trabajo empírico realizado por las agentes de salud en el proyecto RIU para elaborar el mapa de activos en salud del barrio;
- el trabajo con el grupo de profesionales para identificar los activos en salud del barrio de El Raval;
- la asesoría sobre cómo dinamizar el mapa de activos, operativizar acciones para ganar salud en el barrio y establecer contactos para intercambiar experiencias similares.

El objetivo que se quería conseguir con el taller era que el grupo de profesionales conociera el modelo de activos para la salud y participara en la construcción del mapa de activos, completando de esta manera el trabajo realizado en la 1ª fase con las agentes de salud. La dinámica grupal diseñada para que el grupo de profesionales de la red identificara activos en salud tuvo una duración aproximada de 3 horas y se presenta a continuación.

## **DINÁMICA GRUPAL CON LA RED INTERSECTORIAL DEL PROYECTO**

Se distribuye al azar a las personas participantes en tres grupos de trabajo y solicita que individualmente contesten a las siguientes preguntas:

- 1. ¿Qué cosas buenas, positivas... tiene el trabajo que realizas y pueden ser importantes para mejorar la salud del barrio? ¿Por qué?*
- 2. ¿Qué cosas buenas, positivas,.. tienen las personas que viven en el barrio y que pueden ser importantes para mejorar la salud? ¿Por qué?*
- 3. ¿Conoces a otras personas, profesionales, grupos,.. que viviendo o trabajando en el barrio o en el resto del municipio pueden actuar (de manera directa o indirecta) como elementos positivos para la salud del barrio? ¿Quiénes son? ¿Cómo podríamos entrevistarlas?*

Se les facilita hojas con las preguntas anteriores para cumplimentarlas y también una hoja por grupo para que anoten los diferentes activos que identifiquen y los puedan clasificar en categorías. Las categorías de activos planteadas son:

- personas
- grupos o asociaciones
- instituciones

Pasado un tiempo, se invita a que en cada uno de los grupos comenten y discutan las respuestas tratando de llegar a un consenso sobre los activos que han identificado. Finalmente, cada uno de los grupos expone al resto los resultados encontrados.

### **Recogida de la información**

Las tres preguntas planteadas al grupo de profesionales fueron respondidas individualmente por escrito y recogidas por el equipo investigador para su análisis. Así mismo, el grupo de profesionales, dividido en tres subgrupos, relleno por escrito las plantillas con los tres grandes tipos de activos. El equipo investigador tomó anotaciones por escrito en la puesta en común de los activos identificados.

### **Análisis de la información**

Se realizó una lectura de la información recogida sobre los activos identificados por el grupo de profesionales y se transcribieron las razones de ser considerados activos. Para el análisis de la información se siguió el mismo procedimiento que con la procedente de las personas agentes de salud que ha sido descrita en la fase anterior.

### **3ª fase. El equipo investigador construye el mapa de activos**

El equipo investigador revisó la clasificación de activos realizada por el grupo de agentes de salud y de profesionales, discutió los resultados y añadió una quinta categoría de activos, la que tiene que ver con la economía local, tras el seminario de formación sobre activos para la salud realizado en Alzira. Por economía local, se entienden aquellos recursos que son fuente de ingresos para los vecinos y vecinas del barrio y que repercuten en su salud y bienestar.

Se presenta en tablas la información con todos los activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave (ciudadanía y profesionales) y grupo de profesionales de la red intersectorial. Se elabora también un gráfico con los activos según categorías situados en el barrio de El Raval y en el resto del municipio de Algemesí.

## **ETAPA 2. DE LA DINAMIZACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS EN ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD**

En el estudio de Algemésí, se organizó una sesión de trabajo conjunta dirigida al grupo de agentes de salud, informantes clave propuestos por éste y la red intersectorial de profesionales.

Los objetivos de la reunión fueron:

- Conocer el mapa de activos en salud del barrio e incorporar otros que no hubieran sido identificados.
- Expresar las necesidades, inquietudes, talentos e intereses sentidos por las personas que viven en el barrio o lo conocen bien por el trabajo
- Conectar los activos en salud y dinamizarlos para poner en marcha acciones futuras de promoción de salud.

La sesión tuvo lugar en el centro de salud de Algemésí con una duración aproximada de 3 horas y estuvo conducida por dos miembros del equipo investigador.

## **DINÁMICA GRUPAL DE LA SESIÓN DE TRABAJO PARA DINAMIZAR EL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DEL BARRIO EL RAVAL**

Se distribuyen a las personas participantes en dos grupos, uno de ellos compuesto por las agentes de salud y población del barrio y municipio, y otro de ellos compuesto por profesionales de la red. Se plantean las siguientes actividades:

1. Leed con atención los activos enumerados por las personas agentes de salud, profesionales y el mapa conjunto “Nuestro Mapa de Activos en Salud”. Pensad si falta algún activo importante que no figure y añadidlo.
2. Mirad la ficha “Conectando nuestros activos en salud para mejorar el barrio del Raval” y cumplimentadla en grupo.
3. Pensad en propuestas e ideas concretas para mejorar el barrio dinamizando los activos que hemos identificado en el mapa:

*Como persona que vives, trabajas, etc. en el barrio  
¿qué te gustaría hacer o que se hiciera en él para que fuera más saludable?*

Tras el trabajo en grupos, se realiza una puesta en común de las aportaciones trabajadas en cada grupo.

### **Recogida de la información**

Los dos grupos cumplimentan por escrito las fichas facilitadas en la sesión que son recogidas para su análisis posterior. Así mismo, los dos miembros del equipo investigador toman notas de las aportaciones de los grupos durante el debate grupal.

### **Análisis de la información**

Se analiza la información y se clasifica en: a) activos según tipología (personas, grupos y asociaciones, servicios e instituciones, espacios físicos e infraestructuras y economía local) que se añaden al mapa y se completa éste; b) talentos y capacidades identificadas en personas del barrio; c) conexiones entre activos y propuestas de acción.

### **ETAPA 3. DE LA DIFUSIÓN PÚBLICA DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD Y SU DINAMIZACIÓN**

Una de las etapas del modelo de intervención RIU es la difusión pública del trabajo realizado en el proyecto: compartir y difundir los resultados del trabajo a la población, profesionales, personal investigador, directivos institucionales y responsables políticos de las administraciones local, autonómica y estatal.

Se mantienen los contactos necesarios con responsables políticos y directivos de la administración local para dar a conocer el trabajo realizado y valorar el posible apoyo de las líneas de acción basadas en la dinamización del mapa de activos.

Se organiza la presentación pública del trabajo a la ciudadanía, profesionales de distintos sectores, personal investigador y docente universitario.

Se presenta el trabajo a foros científicos y académicos.

## CAPÍTULO 5

### RESULTADOS DEL ESTUDIO DE EL RAVAL: DE LA ACCIÓN AL COMPROMISO

---

#### 5.1. Presentación de los resultados

En relación a los activos para la salud identificados por el grupo de agentes de salud, en primer lugar, se presentan en las tablas 11 y 12 los activos para la salud individuales y como grupo. Se muestran resaltados en negrita aquellos activos que fueron referidos por más de una persona a fin de destacar la fuerza de estas ideas. A continuación, se muestra en las tablas 13 y 14 las razones atribuidas por las agentes de salud para considerarlos activos.

En segundo lugar, se muestran los activos identificados por agentes de salud e informantes clave en cuatro tablas: la tabla 15 activos personas, la tabla 16 para grupos y asociaciones, la tabla 17 para espacios y servicios y finalmente, la tabla 18 para infraestructuras. Cada una de las tablas sitúa los activos en el barrio, en el resto del municipio, en la comarca de La Ribera y en otros ámbitos. Seguidamente, en la tabla 19 se relacionan los motivos aducidos por las agentes de salud e informantes clave para considerar dichos recursos como activos para la salud.

En relación a los activos identificados por el grupo de profesionales, se muestran en la tabla 19 y los motivos de dicha atribución en la tabla 20. En este caso, no se diferencian si estos activos se encontraban en el barrio, en el resto del municipio, en la comarca de La Ribera o en otros ámbitos, al no haberlo diferenciado el grupo de profesionales. Seguidamente, en la tabla 21 se relacionan los activos que tienen las personas del barrio según la opinión del grupo de profesionales.

En las tablas 22-26, se muestran todos los activos identificados según las diferentes categorías y ubicación en el territorio diferenciando si han sido identificados por agentes de salud, informantes clave (ciudadanía y profesionales) y el grupo de profesionales de la red intersectorial. Se utiliza la gama de colores blanco-azul para

diferenciarlos así como las siglas de quienes los identifican y el número de veces que los refieren.

Finalmente, en la figura 8, se representa el mapa de activos para la salud del barrio de El Raval de Algemés. La representación consta de dos círculos, uno correspondiente al barrio y otro al resto del municipio. En el centro de los gráficos se sitúan los activos persona simbolizando el lugar destacado que ocupan en el enfoque del empoderamiento comunitario, de las capacidades, de las intervenciones de promoción de salud y de salud comunitaria y de IAP. A continuación, en los siguientes anillos y diferenciados por colores de la misma gama se sitúan los activos diferenciados entre grupos y asociaciones (en rosa), los servicios e instituciones (en azul), los espacios físicos e infraestructuras (en verde) y finalmente la economía local (en amarillo). Los anillos están diferenciados por líneas discontinuas que representan la permeabilidad entre los diferentes tipos de activos.

## **5.2. Resultados del estudio según etapas y fases**

### **ETAPA 1. RESULTADOS DE ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS**

#### **1ª Fase: Las agentes de salud del Projecte RIU identifican los activos para la salud**

##### **Activos para la salud de las agentes de salud a nivel individual y como grupo**

La tabla 11 muestra los activos a nivel individual que las mujeres identificaron que poseían para mejorar su propia salud y la del barrio. Se han organizado por categorías según tipo de competencia (actitudes, conocimientos y comportamientos o habilidades) y en negrita se resaltan aquellos que fueron más veces enumerados.

**Tabla 11. Activos para la salud individuales de las agentes de salud, barrio El Raval**

<b>Actitudes</b>			
<b>simpatía</b> ganas de aprender Sinceridad <b>interés en cuidarse</b> <b>ayuda a personas</b> respeto	<b>tranquilidad</b> ser cariñosa Comprensión Confianza Innovadora	<b>ser positiva</b> educada divertida amable mejora del barrio	<b>paciencia</b> agradable abierta sociable modelo de salud
<b>Conocimientos</b>			
de salud del barrio	de necesidades de personas	alimentación actividad física	salud sexual salud y culturas
<b>Habilidades</b>			
autocuidados <b>limpieza</b> <b>uso centro salud</b> autoestima de comunicación buscar ayuda Escuchar fijar metas realistas	<b>cuidado entorno</b> <b>alimentación</b> seguir tratamiento luchar por el barrio solución problemas dar información dar confianza	cuidado familiares <b>ejercicio</b> <b>aconsejar</b> <b>informar</b> autocontrol <b>ayudar</b> dar soluciones	<b>higiene</b> abstinencia drogas no estresarse <b>aprender</b> trabajo en grupo afrontar situaciones saber hablar

La tabla 12 recoge los activos que las mujeres identificaron como grupo y que consideraron importantes para mejorar la salud del barrio. Igualmente, se han clasificado en categorías según el tipo de competencia y se han resaltado en negrita los que fueron citados más veces.

**Tabla 12. Activos para la salud grupales identificados por las agentes de salud, barrio El Raval**

<b>Actitudes</b>			
<b>Amable</b> Trabajadoras ganas mejora barrio	Simpatía Motivadora ser modelo de salud	<b>ganas de aprender</b> ilusión unión	respeto confianza <b>interculturalidad</b>
<b>Conocimientos</b>			
<b>sobre salud</b>	del barrio	para mejorar barrio	salud en otros países
<b>Habilidades</b>			
conversar mucho sacar conclusiones responder dudas <b>ayudar a personas</b>	comunicación grupo <b>entendernos</b> saber escuchar hacernos entender	buena relación <b>dar consejos</b> saber animarnos darlo todo	hablar en el grupo <b>trabajar en grupo</b> saber hablar estudio

Seguidamente, en las tablas 13 y 14, se presentan las razones que argumentaron las mujeres relativas al porqué consideran que son recursos importantes para mejorar su propia salud y la salud del barrio.

---

**Tabla 13. Razones atribuidas por las agentes de salud a sus propios activos individuales en la mejora de su propia salud y la del barrio El Raval**

---

*“Conocer a gente porque puede correrse la voz y poco a poco recorrer todo el barrio y se puede mejorar”<sup>12</sup>*

*“Para buscar ayuda y qué poder hacer por eso hemos ido al Ayuntamiento y hemos pedido ayuda para la finca”*

*“Autoestima muy grande y por eso quiero y tengo que estar sana asistiendo a mi médico y mi tratamiento”*

*“El conocimiento, estudio porque me pueden ayudar a dar consejos sobre temas de salud a la gente que no sabe”*

*“Positiva para sentirme bien cada mañana, me gusta acostarme por la noche sabiendo que mañana puede ser un día mejor”*

*“Me gusta ayudar a la gente aunque yo no tenga mucho, porque con un poquito de cada uno se pueden hacer muchos cambios”*

*“Puedo contribuir con mi experiencia a la mejora del barrio”*

*“Informar a otras personas para que limpien, cuiden, que no haya ruidos...”*

*“Ser capaz de saber lo que comes... que tengo que hacer deporte para cuidarme, no tener que hacer muchas cosas a la vez... porque la calidad de vida será mejor para mí y mi estabilidad”*

*“Paciencia, ser tranquila, saber controlarme... Porque si no tienes esas cosas no podrás ayudarles como nos han ayudado a nosotros a saber más cosas de las que sabíamos y saber cómo es la vida por fuera y por dentro”*

*“para mejorar mi salud y no perjudicarla”*

*“los que viven aquí parece que no les importe su salud, si les puedo ayudar y aconsejar lo haría con mucho cariño”*

*“porque muchas de las cosas que ahora sé, lo aprendí en el curso”*

*“al ser una mujer marroquí, puedo llegar mejor a la gente de mi país”*

---

---

<sup>12</sup> Las frases son expresiones literales figurando en letra regular los activos en salud identificados y en cursiva las razones argumentadas por las propias agentes de salud.

**Tabla 14. Razones atribuidas por las agentes de salud a sus activos grupales para mejorar la salud del barrio El Raval**

“Grupo de muchas culturas, con ganas de tener un barrio que nos rodea mejor, *con menos problemas y más limpio, entre todos lo podemos mejorar*”

“Conversar, pensar, dialogar y sacar conclusiones, *puede servir para ir por el barrio practicándolo y lo original que hay es las culturas*”

“Entre todas es más completa nuestra formación en salud... *enriquecedora para una misma también y para la salud del barrio y contribuir a su mejora y calidad de vida en todos los aspectos*”

“Podemos dar consejos a todo el mundo *para cambiar muchas cosas, con vecinos del barrio para cambiar poco a poco*”

“Las mujeres del grupo somos modelos de salud, *nos cuidamos para que otros/as aprendan de nosotras*”

“Para ayudar a la gente de nuestro barrio para mejorar la calidad de vida y la salud de cada uno. *Porque es fundamental la salud de los que están a nuestro alrededor y la nuestra*”

“Tenemos conocimiento de muchas cosas con las que el barrio cambiará, *porque hacemos falta para mejorarlo, estamos capacitadas*”

“*podemos ayudar a gente de diferentes culturas*”

**Activos para la salud del barrio El Raval: personas, grupos o asociaciones, espacios o servicios e instituciones**

Las tablas 15-18 muestran los activos en salud identificados por las agentes de salud en las dinámicas grupales y en las entrevistas a informantes clave.

Códigos de letras, número y colores utilizados en las tablas

AS	Agentes de salud
c	Informante clave de la ciudadanía
p	Informante clave profesional
número	Nº de veces que es señalado el activo por cada grupo
	Activo identificado sólo por uno de los grupos
	Activo identificado por 2 de los grupos
	Activo identificado por 3 de los grupos

**Tabla 15. Personas - Activos para la salud identificadas por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio El Raval**

<b>Barrio El Raval</b>		
vecinos y vecinas (AS, p)	agentes de salud (4AS, 3p)	profesionales RIU (4AS, c)
policía de barrio (3AS, 5c)	personal servicios sociales (4AS, 5c)	profesorado (p)
educadores – educadoras (p)	barrenderos (5c)	párraco (AS)
hermana de Cáritas (p)	voluntarias de Cáritas (p)	voluntario asociación Amics de la Providència (AS)
<b>Resto del municipio – Algemésí</b>		
trabajadora social de servicios sociales (4AS, 5c)	profesionales de medicina de familia (AS, 2p)	pediatras (AS)
matronas (3AS)	trabajadora social del centro de salud (2AS)	educadora centro sociocultural Carrascalet (AS)
concejales y concejalas (AS)	Alcalde (AS)	empleado oficina del consumidor. OCU (AS)
<b>Comarca de La Ribera</b>		
personal de salud pública (AS, p)	personal Projecte RIU (AS, c)	personal de enfermería (AS, 2p)
especialistas del hospital (2AS)	personal unidad de salud sexual y reproductiva, USSR (2AS)	analistas del hospital (AS)
forense (AS)		
<b>Otros ámbitos</b>		
Periodistas (AS)	personal investigador (AS)	presidente del gobierno (AS)
ministra de sanidad (AS)		

**Tabla 16. Grupos o asociaciones – Activos para la salud identificadas por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio El Raval**

<b>Barrio El Raval</b>		
agentes de salud (2AS, 2p)	Cáritas (2AS, c)	Projecte RIU (c)
asociación de vecinos (2AS)		
<b>Resto del municipio – Algemésí</b>		
Cáritas (2AS, c)	Cruz Roja (2AS)	Asociaciones de vecinos (2AS)
Amics de la Providència (AS)	Tyrius – amas de casa (AS)	
<b>Comarca de La Ribera</b>		
<b>Otros ámbitos</b>		
UNICEF (AS)	Manos Unidas (AS)	Casa de la Beneficiencia (AS)

**Tabla 17. Servicios e instituciones- Activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio El Raval**

<b>Barrio El Raval</b>		
guardería (4AS, 4c)	servicios sociales (2AS, 3c, 2p)	colegio-comedor (4AS, 7c)
policía local (6c, p)	servicio de limpieza (p)	locutorio – internet (6c)
farmacia (3AS)	recogida de basura (c)	iglesia (2c)
iglesia evangélica (c)	centro social (AS)	
<b>Resto del municipio – Algemés</b>		
servicios sociales (3AS, c, 2p)	policía (2AS, c, p)	centro de salud (4AS)
teatro (3AS)	biblioteca (2AS)	institutos (2AS)
escuela de baile (2AS)	óptica (2AS)	centro información juvenil (2AS)
escuela pública de adultos (AS)	casino Lliberal (AS)	centro sociocultural Carrascalet (AS)
Conservatorio (AS)	servicio de ayuda a domicilio (AS)	Bomberos (AS)
residencias de mayores (AS)	farmacias (AS)	centro de día (c)
ayuntamiento (AS)		
<b>Comarca de La Ribera</b>		
hospital (4AS)	unidad conductas adictivas (4AS)	unidad de salud sexual y reproductiva (3AS)
centro de salud integrado (2AS)	unidad de salud mental (2AS)	policía (2AS)
centro de salud pública (AS)	hacienda (AS)	SERVEF (AS)
juzgados (AS)		
<b>Otros ámbitos</b>		
centro de información y prevención del sida (2AS)	Instituto Valenciano de Oncología – IVO (2AS)	becas y ayudas (c)
universidad (AS)	CSIC (AS)	Instituto Valenciano de Infertilidad (AS)
Ministerio de Sanidad (AS)		

**Tabla 18. Espacios físicos e infraestructuras – Activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio El Raval**

<b>Barrio El Raval</b>		
piscina (4AS, 4c)	campo de fútbol (3AS, 2c)	parque infantil (3AS, 3c)
estación del tren (3c)	paso subterráneo tren (3c)	pasos de peatones (c)
asientos (c)	velódromo (c)	señales de aparcamiento (c)
<b>Resto del municipio – Algemesí</b>		
piscina cubierta (3AS)	parques (3AS)	polideportivos (2AS)
paraje natural La Chopera (2AS)	carril bici (AS)	piraguas (AS)
autobús (AS)	tren (AS)	taxi (AS)
<b>Comarca de La Ribera</b>		
tren (AS)	autobús (AS)	polideportivos (AS)
parque natural La Casella (AS)	parque natural La Murta (AS)	
<b>Otros ámbitos</b>		

Las razones que argumentan las agentes de salud y las personas informantes clave relativas al porqué consideran que son recursos importantes para mejorar su propia salud y la salud del barrio se muestran en la tabla 19.

---

**Tabla 19. Razones atribuidas por las agentes de salud e informantes clave de los activos identificados para mejorar la salud del barrio El Raval (1/2)**

---

*“porque lo he vivido. Yo he pasado hambre, he sufrido mucho, ...Aunque haya pasado hambre y ahora esté todo lo bien que puedo... no me olvido que lo pasé y a lo mejor por eso lo entienda, lo comprenda mejor cuando la gente sufre y pasa necesidades...”*

*“son personas buenas [**vecinos y vecinas**]<sup>13</sup> que se preocupan de ellas mismas y de las demás. Tienen respeto y bondad y son conscientes de su importancia al contribuir a una buena convivencia. Quieren y buscan soluciones”*

*“Me gustaría que mejorara el barrio. Si alguien necesita mi ayuda, averiguar qué problema tiene y ayudarlo en lo que pueda. Para que fuesen mejores personas”*

*“la **persona** individual puede hacer mucho bien por el entorno familiar y por el de su barrio”*

*[sobre la importación del **contacto madres de niños y niñas y profesorado**]...nos respetan más y nos hacen más caso, ... intentan cambiar,... se integran más en la sociedad a nivel de pueblo, de ir a los médicos, entran en las normas de convivencia, saben vivir entre vecinos, saben cómo pedir ayuda y están abiertas a recibir información,... intentan llamar a las cosas por su nombre, no ser tremendistas... tiene que haber algún responsable que ayude a la persona que está enferma,...*

*“porque si ayuda a las personas... me siento bien”*

*“lo bueno es que me gusta mi barrio y quiero a mi barrio entonces intento luchar por él para intentar que esto mejore”*

*“me gusta ayudar a las personas...pueden mejorar su calidad de vida”*

*“Me gusta comunicar con la gente, dar consejos, compartir los problemas con ellos y cómo vive mucha gente de mi país en El Raval, me gusta ayudarles a integrar, aconsejar que vayan a la escuela a aprender el idioma ... a las mujeres intento concienciarlas sobre los peligros de tener muchos niños sin una pausa entre ellos , que vayan a la matrona...”*

*“a mis amigos les aconsejo para que se cuiden y cuiden del barrio...”*

*“las personas del barrio... creo que se preocupan de su salud...”*

*“[**las agentes de salud**] ...es un medio de comunicación para que se puedan expandir más estos temas (de salud) y también pueden mejorar la salud física y psicológica”*

*“como tú [**agente de salud**] tenían que haber muchas más porque es muy importante para el barrio y la salud”*

*“somos mucha gente [**profesionales**] intentando mejorar el barrio...”*

*“porque ayudan a las personas que lo necesitan [**profesionales e instituciones**]...”*

*“porque ayudan a las personas que lo necesitan [**profesionales e instituciones**]...”*

*“[**profesionales, educadores**] las ganas que estos profesionales ponen en su funcionamiento”*

*[**servicios sociales**] porque ayudan a la gente...”*

---

<sup>13</sup> Entre corchetes se incluyen aclaraciones a las que hacen referencia los discursos de las agentes de salud e informantes clave para facilitar su comprensión.

---

**Tabla 19. Razones atribuidas por las agentes de salud e informantes clave de los activos identificados para mejorar la salud del barrio El Raval (2/2)**

---

“**[profesionales del centro de salud]** tratamos de dar un buen servicio y solucionar todos los problemas de las personas que asisten a nuestro centro”

“**[matrona]** poder transmitir las cosas, los conocimientos que sé...formas de hacer las cosas... cuidados para la mujer directamente y toda su familia, poder aplicar estos recursos”

“**[técnicos salud pública]** controlar la salud pública de la población... si el agua está adecuadamente clorada, las alcantarillas están en buen estado, si las condiciones de agua son apropiadas, y los mercados y los sitios donde se compra la comida cumplen las normas de higiene alimentaria...”

“la satisfacción que tiene el ayudar a las personas a mejorar su salud y autonomía persona... mi oficio **[profesionales Servicio Atención a Domicilio]**... hace que sienta que mi vida valga la pena, tenga sentido al ayudar a personas vulnerables, que están desvalidas, que necesitan ayuda, desfavorecidas...”

“Gracias a que mi marido va a un **Centro de Día** puedo vivir sin tanto agobio...estoy enferma ...no puedo ocuparme yo sola de mi marido”

“**asuntos sociales** por sus recomendaciones y con sus charlas contribuyen a la salud del barrio...**servicios de limpieza** también contribuyen ya que el hecho de tenerlo limpio contribuye a que la salud mejore... **médicos y enfermeras** que trabajan en los ambulatorios ayudan con sus consejos a mejorar la salud del barrio y de los que viven allí”

“**asuntos Sociales y policía local** ya que se preocupan de que todos los niños acudan al colegio y no haya absentismo escolar”

“La **asistente social** para que la gente pueda informarse para poder hacer cosas culturales, trabajos manuales...”

“La **policía** que intenta guardar la tranquilidad del barrio...”

“El **colegio** para que los niños puedan educarse”

“La gente de **Cáritas**, las monjas ayudan a la gente para alimentos y ropa y también hay en Cáritas cursos de cocina para la gente coge diplomas”

“Los **barrenderos**... para que las calles estén limpias”

“para poner oportunidades para formar ambientes favorables a la salud y el bienestar”

“sin la **farmacia**, no tendríamos los medicamentos tan asequibles para comprarlos, la **estación** para que la gente viaje y sea más llevadero ya que se puede hablar con la gente, las **instalaciones deportivas** porque así la gente puede practicar deporte y sentirse mejor y el **locutorio** es bueno también ya que se trata de gente con diferente cultura e idioma, así se puede llegar a ellos y ellos hablar con gente de su mismo país”

“El **locutorio** está muy bien, como hay Internet, para que los niños puedan coger cultura y no estén en la calle peleando”

“El **paso a nivel** se ha hecho para evitar muertes”

“La **piscina** ...para que los niños aprendan a nadar”

“la **iglesia evangélica** porque ayudan a los jóvenes a que dejen la droga, los porros y los malos hábitos...”

---

## 2ª Fase: La red intersectorial de profesionales identifica los activos para la salud

La tabla 20 presenta los activos para la salud identificados por la red intersectorial y la tabla 21 las razones por las cuales consideran que dichos recursos son activos para la salud del barrio El Raval.

**Tabla 20. Activos para la salud identificados por profesionales, barrio El Raval**

<b>Personas</b>			
policía	directora escuela	profesorado escuela	farmacéutica
imán	pastor evangélico	párroco	matrona
pediatra	personas del barrio	profesionales servicios sociales	
concejales de educación, cultura, bienestar social, deporte...			
<b>Grupos- asociaciones</b>			
AMPA	asociación vecinos	asociación gitana	asociación islámica
Cáritas	Tyrius-amas de casa	asociación jubilados	
<b>Instituciones</b>			
biblioteca	centro de salud	centro social	centro sociocultural
aula multiusos teatro	escuela de adultos	hospital	centro educación primaria
centro islámico	parroquia	centro evangélico	servicios sociales
escuela infantil	centro información juvenil	programas municipales: salud escolar, drogodependencias, promoción salud	
recursos deportivos	becas deporte	recursos municipales	

---

**Tabla 21. Razones atribuidas por la red intersectorial de profesionales sobre los activos para la salud identificados, barrio El Raval**

---

**Proyecto de intervención en mediación (en Servicios Sociales)**

- *Cercanía con las personas que participan en el proyecto de intervención (alfabetización, talleres de inserción laboral,...) que facilitan la interrelación y el intercambio, fluidez de la comunicación*
- *Disposición a actuar*

**Escuela**

- *Centro docente como eje de promoción de salud de la comunidad: actúa como escuela promotora de salud trabajando con madres y padres y alumnado*
- *Conocer necesidades, potencialidades e identificar activos*
- *Puede identificar personas que por sus capacidades unan a personas para trabajar en un tema (líderes), dispuestas a contribuir con sus activos para trabajar en un problema (generosas), para ayudar a solucionar problemas del vecindario (invisibles) o para descubrir lo que es importante para la gente y los activos a utilizar (conectoras)*

**Comedor escolar**

- *Disminuye el absentismo escolar, promueve la conciliación familiar y los hábitos alimentarios*

**Salud Pública**

- *Capacidad de recursos económicos desde diversas instituciones para apoyar proyectos y que no se queden en intervenciones puntuales*
- *Aportar el marco conceptual (qué hacer y cómo hacerlo) y cambiar el enfoque de trabajo, el modelo de activos en lugar del modelo de déficits o necesidades*
- *Aportar herramientas y apoyo teórico y metodológico para analizar desde la perspectiva de la participación-acción-investigación*
- *Trasladar el enfoque de activos al equipo de profesionales del centro*
- *Documentar, facilitar información*

**Servicios Sociales**

- *Facilitar accesibilidad (tarjeta sanitaria) a los servicios sanitarios*
- *Coordinarse con otros sectores: sanidad, educación, policía local,...*
- *Participación con policía local*

**Mancomunitat**

- *Facilitar información desde diferentes perspectivas*
- *Intervención integral: asesoría jurídica, formación de personal técnico, homologación de títulos, sensibilización intercultural*

**Unidad de Salud Sexual y Reproductiva**

- *Facilitar el acceso de los diferentes grupos de población (incluida la población joven)*

**Centro Sociocultural**

- *Actividades formativas, extraescolares, culturales, de tiempo libre...*
-

La tabla 22 muestra los activos que tienen las personas del barrio El Raval y las razones de dicha atribución por parte de la red intersectorial de profesionales.

---

**Tabla 22. Activos de las personas del barrio El Raval y razones de dicha atribución, según la red intersectorial de profesionales**

---

*Capacidad de liderazgo*

*Conocimientos*

*Habilidades*

*Deseo de bienestar y autocuidados*

*Arrastran a los demás, enseñan, conducen al que no sabe*

*Las agentes de salud: motivadas para el cambio y con recursos para iniciarlo*

*Sentido de pertenencia a un grupo o colectivo que potencia el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias a nivel grupal*

*Sentido de pertenencia al barrio*

*La diversidad cultural: aporta riqueza, posibilidad de compartir experiencias y necesidades, diferentes maneras de afrontar estilos de vida*

*Agradecen el interés, afecto y honestidad de profesionales*

*Las personas son más auténticas, activas y espontáneas (deberíamos aprender de ellos)*

*Forma de vida tranquila*

*Sentido y valor atribuido a la familia, valores saludables*

*Redes de apoyo social*

*Amistades*

*Disfrutan de la vida en la calle (recurso socializador)*

*Uso del tiempo libre*

*Entorno sin demasiados coches*

---

Las tablas 23- 27 muestran los activos identificados por todos los grupos según tipo de activos. En la leyenda, se muestran los códigos, letras y colores utilizados en las tablas a para diferenciar los activos señalados por cada uno de los grupos, el número de veces que ha sido citado y si han sido señalados por uno o varios grupos.

Códigos de letras, número y colores utilizados en las tablas

AS	Agentes de salud
c	Informante clave de la ciudadanía
p	Informante clave profesional
GP	Grupo de profesionales
número	Nº de veces que es señalado el activo por cada grupo
	Activo identificado sólo por uno de los grupos
	Activo identificado por 2 de los grupos
	Activo identificado por 3 de los grupos
	Activo identificado por 4 de los grupos

**Tabla 23. Personas – Activos para la salud identificadas por agentes de salud, informantes clave y grupo profesionales, barrio El Raval**

<b>Barrio El Raval</b>		
vecinos y vecinas (AS, c, p, GP)	agentes de salud (4AS, 3p)	profesionales RIU (4AS, c)
policía de barrio (3AS, 5c, GP)	personal servicios sociales (4AS, 5c, GP)	profesorado (p, GP)
educadores – educadoras (p)	barrenderos (5c)	párroco (AS, GP)
hermana de Cáritas (p)	voluntarias de Cáritas (p)	voluntario asociación Amics de la Providència (AS)
directora del colegio (GP)	farmacéutica (GP)	pastor evangélico (GP)
<b>Resto del municipio – Alghemesí</b>		
trabajadora social de servicios sociales (4AS, 5c)	profesionales de medicina de familia (AS, 2p)	pediatras (AS, GP)
Matronas (3AS, GP)	trabajadora social del centro de salud (2AS)	educadora centro sociocultural Carrascalet (AS)
concejales y concejalas (AS, GP)	alcalde (AS)	empleado oficina consumidor – OCU (AS)
imán (GP)		
<b>Comarca de La Ribera</b>		
personal de salud pública (AS, p)	personal Projecte RIU (AS, c)	personal de enfermería (AS, 2p)
especialistas del hospital (2AS)	personal de unidad de salud sexual y reproductiva (2AS)	analistas del hospital (AS)
forense (AS)		
<b>Otros ámbitos</b>		
periodistas (AS)	personal investigador (AS)	presidente del gobierno (AS)
ministra de sanidad (AS)		

**Tabla 24. Grupos o asociaciones – Activos para la salud identificadas por agentes de salud, informantes clave y profesionales de la red intersectorial, barrio El Raval**

<b>Barrio El Raval</b>		
agentes de salud (2AS, 2p)	Cáritas (2AS, c)	Projecte RIU (c)
asociación de vecinos (2AS, GP)	coordinadora de madres y padres (GP)	asociación gitana (GP)
<b>Resto del municipio – Algemesí</b>		
Cáritas (2AS, c, GP)	Cruz Roja (2AS)	asociaciones de vecinos (2AS)
Amics de la Providència (AS)	Tyrius – amas de casa (AS, GP)	asociación islámica (GP)
asociación de personas jubiladas (GP)		
<b>Comarca de La Ribera</b>		
<b>Otros ámbitos</b>		
UNICEF (AS)	Manos Unidas (AS)	Beneficiencia (AS)

**Tabla 25. Servicios e instituciones – Activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio El Raval**

<b>Barrio El Raval</b>		
guardería (4AS, 4c, GP)	servicios sociales (2AS, 3c, 2p, GP)	colegio-comedor (4AS, 7c, GP)
policía local (6c, p)	servicio de limpieza (p)	locutorio – internet (6c)
farmacia (3AS)	recogida de basura (c)	iglesia (2c, GP)
iglesia evangélica (c, GP)	centro social (AS, GP)	
<b>Resto del municipio – Algemesí</b>		
servicios sociales (3AS, c, 2p)	policía (2AS, c, p)	centro de salud (4AS, GP)
teatro (3AS)	biblioteca (2AS, GP)	institutos (2AS)
escuela de baile (2AS)	óptica (2AS)	centro de información juvenil (2AS, GP)
escuela pública de adultos (AS, GP)	casino Lliberal (AS)	centro sociocultural Carrascalet (AS, GP)
Conservatorio (AS)	servicio de ayuda a domicilio (AS)	Bomberos (AS)
residencias de mayores (AS)	farmacias (AS)	centro de día (c)
ayuntamiento (AS)	aula multiusos del teatro (GP)	centro islámico (GP)
programas municipales: salud escolar, drogodependencias, ... (GP)		
<b>Comarca de La Ribera</b>		
hospital (4AS, GP)	unidad de conductas adictivas (4AS)	unidad de salud sexual y reproductiva (3AS)
centro de salud integrado (2AS)	unidad de salud mental (2AS)	policía (2AS)
centro de salud pública (AS)	hacienda (AS)	SERVEF (AS)
juzgados (AS)		
<b>Otros ámbitos</b>		
centro de información y prevención del sida (2AS)	Instituto Valenciano de Oncología – IVO (2AS)	becas y ayudas (c)
Universidad (AS)	CSIC (AS)	Instituto Valenciano de Infertilidad- IVI (AS)
Ministerio de Sanidad (AS)		

**Tabla 26. Espacios físicos e infraestructuras – Activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio El Raval**

<b>Barrio El Raval</b>		
piscina (4AS, 4c, GP)	campo de fútbol (3AS, 2c, GP)	parque infantil (3AS, 3c)
estación del tren (3c)	paso subterráneo tren (3c)	pasos de peatones (c)
asientos (c)	velódromo (c, GP)	señales de aparcamiento (c)
<b>Resto del municipio – Algemesí</b>		
piscina cubierta (3AS)	parques (3AS)	polideportivos (2AS)
paraje natural La Chopera (2AS)	carril bici (AS)	piraguas (AS)
autobús (AS)	tren (AS)	taxi (AS)
<b>Comarca de La Ribera</b>		
tren (AS)	autobús (AS)	polideportivos (AS)
parque natural La Casella (AS)	parque natural La Murta (AS)	
<b>Otros ámbitos</b>		

**Tabla 27. Economía local -Activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial en la sesión de dinamización de activos, barrio El Raval**

<b>Barrio El Raval</b>	
<b>Resto del municipio – Algemesí</b>	
Empresas (GP)	Agencia de Desarrollo Local – cooperativa agrícola (GP) Cámara Agraria (GP)
<b>Comarca de La Ribera</b>	
<b>Otros ámbitos</b>	

### **3ª fase. El equipo investigador construye el mapa de activos**

Los activos para la salud identificados por las agentes de salud, personas entrevistadas y profesionales de la red, ubicados en el barrio de El Raval y en el resto del municipio, se presentan en la figura 8. Los activos que se localizan en el resto de la comarca de La Ribera o en otros lugares no se han recogido en el gráfico.

**Figura 8. Mapa de activos para la salud del barrio El Raval de Algemesi previo a la fase de dinamización**



## **ETAPA 2. DINAMIZACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS EN ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD**

### **De la presentación del mapa de activos para la salud a la población participante**

A partir de la sesión de trabajo conjunta entre agentes de salud, profesionales y población del barrio, se completó el mapa de activos en salud con los recursos propuestos (figura 9). Las incorporaciones fueron las siguientes según tipología de activos:

- personas del barrio: jóvenes
- infraestructuras del barrio: el antiguo pabellón de educación infantil
- instituciones del resto de Algemesí: centro de convivencia de personas mayores, el Servicio de Atención a la Familia e Infancia (SEAFI), el servicio de atención a la mujer (Infodona), la policía local y nacional
- economía local del resto de Algemesí: empresas, cooperativa agrícola y Agencia de Desarrollo Local-Cámara Agraria

Figura 9. Mapa de activos para la salud del barrio El Raval de Algemesi tras la fase de dinamización



### **De la dinamización del mapa: conexión entre activos y propuestas de acción**

En primer lugar, se señalaron diferentes talentos que poseían las personas del barrio (algunas de ellas presentes en la sesión de trabajo) en la realización de diferentes actividades formativas, profesionales y lúdicas. Algunos talentos tenían que ver con saber tocar la guitarra, bailar y cantar flamenco y bailar la danza del vientre. Otros, estaban relacionados con oficios como carpintería, electricidad, fontanería, cocina, peluquería y barbería. Finalmente, destacaron la capacidad de enseñar a leer a personas del barrio analfabetas. Estos talentos podían ser considerados para realizar propuestas de acción.

En segundo lugar, se conectaron activos para la salud (presentes en el barrio y en el resto del municipio) para tratar de responder a estas necesidades expresadas y se formularon propuestas concretas. La tabla 28 muestra las conexiones entre activos realizadas por la población y profesionales.

---

**Tabla 28. Conexiones entre activos para la salud según población y profesionales, barrio El Raval (1/2)**

---

**Ciudadanía**

---

*Formación*

---

Activar cursos de formación (escuela-taller) con **jóvenes del barrio** que podrían ser realizados en el **colegio** e impulsados desde la **agencia de desarrollo local - Cámara Agraria** y con las prácticas en **empresas del municipio**

**Servicios sociales** conoce a las personas analfabetas que podrían aprender a leer y a escribir en clases impartidas por **educadores y educadoras** en el **colegio** del barrio

**Cáritas** organiza cursos y talleres de cocina que podrían ser realizados con **madres** en la cocina y **comedor del colegio** del barrio

**Cáritas** y la **asociación de amas de casa Tyrius** podrían realizar talleres en el antiguo **padellón de educación infantil** del barrio

---

*Actividad física y deporte*

---

Impulsar la práctica deportiva en **jóvenes** utilizando el **campo de fútbol** y el **velódromo** y con la participación del **Centro de Información Juvenil**

Realizar clases de baile (como la danza del vientre) con **jóvenes** impartidas por voluntariado de la **escuela de baile** del municipio en el **centro sociocultural del Carrascalet**

---

*Limpieza*

---

Realizar actividades de mantenimiento en la **piscina** del barrio por parte del **servicio de limpieza** del **ayuntamiento** para su uso

Posibilitar desde el **ayuntamiento** que los **vecinos y vecinas** del barrio puedan realizar el **servicio de limpieza**

---

*Personas mayores y dependientes*

---

**Vecinos y vecinas** del barrio con talentos (peluquería, barbería, etc.) ofrecerían estos servicios a jóvenes sin recursos económicos y a personas mayores que no se pueden desplazar fuera del barrio

---

*Uso de los servicios de salud*

---

Las **agentes de salud** podrían realizar actividades de traducción árabe-español en la consulta con las **matronas** del **centro de salud** con mujeres árabes para el facilitar el adecuado seguimiento del programa de embarazo

Habilitar un punto de asistencia sanitaria ambulatoria en el antiguo **padellón de infantil** del barrio para que el **personal sanitario** del **centro de salud** atienda a las personas con movilidad reducida e imposibilidad de trasladarlas al centro de salud

---

*Ocio y tiempo libre*

---

Organizar concursos de juegos de mesa (cartas, ajedrez, parchís, ...) con los **vecinos y vecinas** del barrio en el local que utiliza La Pau (centro de actividades para menores) en el barrio, dependiente de **servicios sociales**

---

---

**Tabla 28. Conexiones entre activos para la salud según población y profesionales, barrio El Raval (2/2)**

---

**Profesionales**

---

***Formación***

---

El **colegio** es el punto de unión de todo el barrio, el más importante

Realizar talleres con jóvenes en el **centro sociocultural del Carrascalet**

Activar talleres y escuelas de oficios desde la **agencia de desarrollo local – Cámara Agraria** solicitando proyectos y subvenciones y la conexión con **empresas del municipio** para la formación y empleabilidad de jóvenes del barrio

---

Las figuras 10 y 11 muestran las conexiones en el mapa de activos para la salud.

Figura 10. Conexiones entre activos realizadas en la fase de dinamización del mapa del Ravval de Algemesi (1)

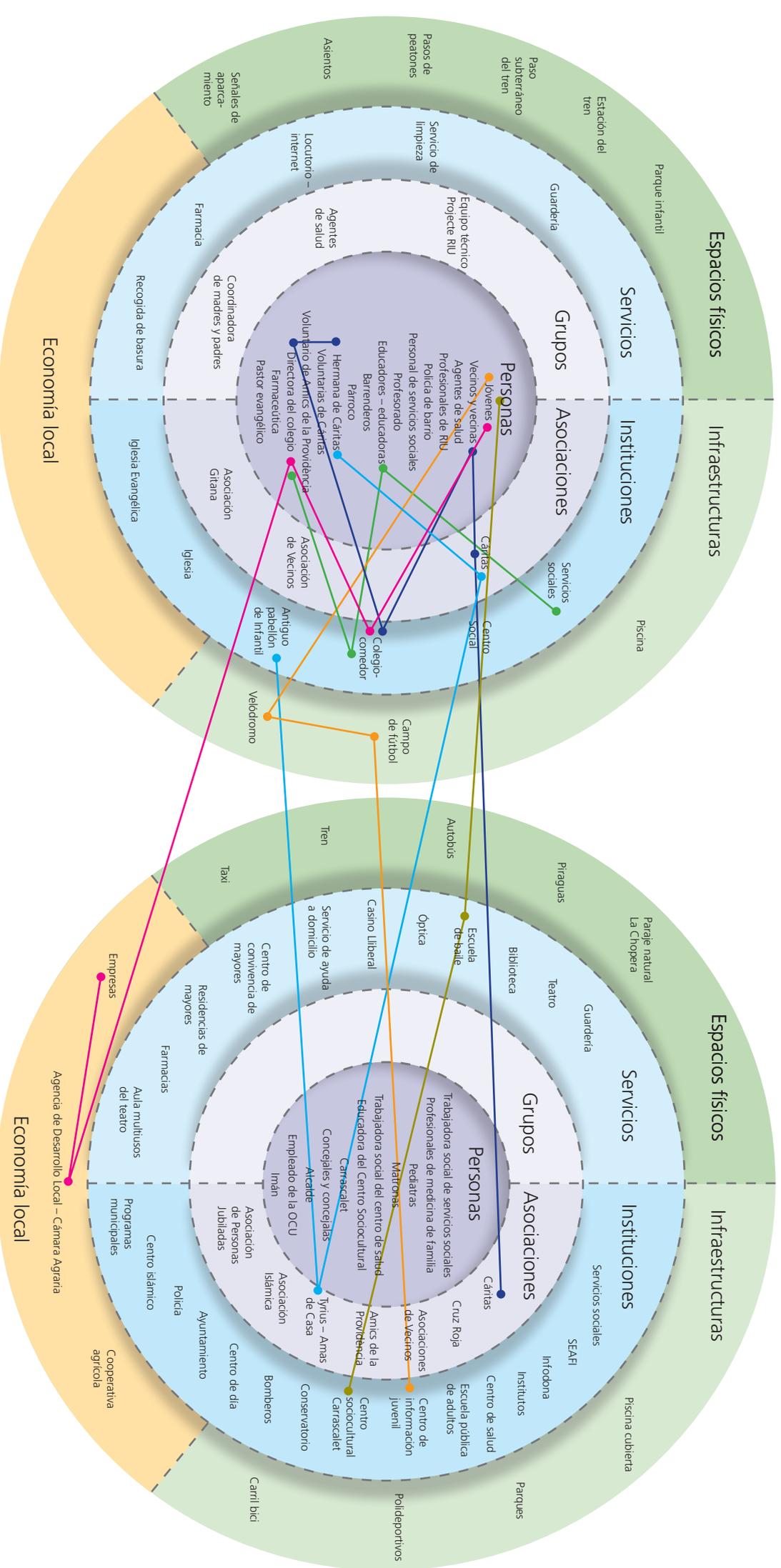
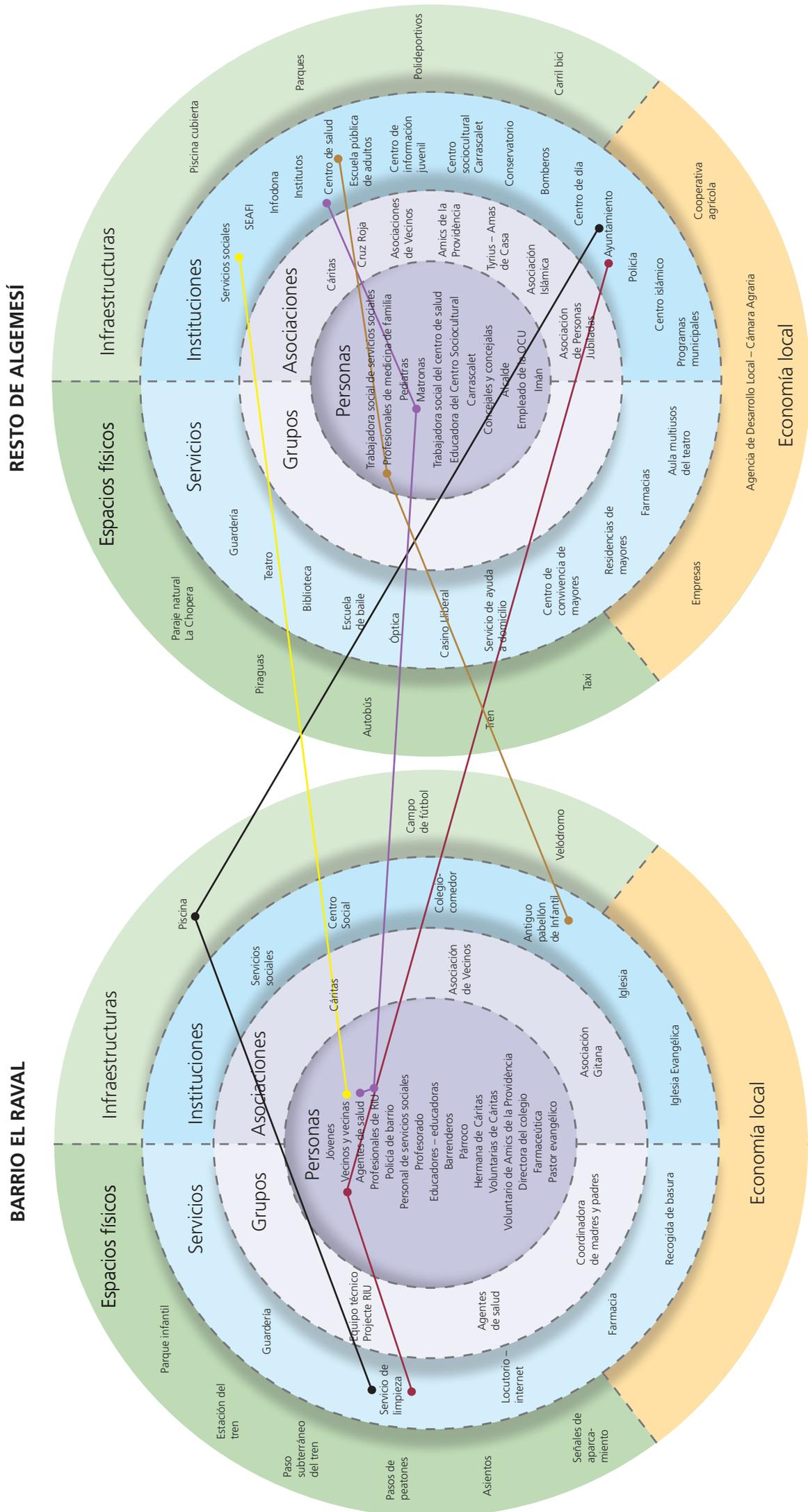


Figura 11. Conexiones entre activos realizadas en la fase de dinamización del mapa del Raval de Algemesi (2)



Durante la exposición de las conexiones que habían realizado ambos grupos, el personal técnico manifestó como dificultad para la puesta en marcha de actividades en el barrio el bajo compromiso de su población para asistir a ellas. En otro orden de cosas, resaltaron la existencia de un activo en potencia, el antiguo pabellón de educación infantil, cerrado en aquel momento y que únicamente se utilizaba como colegio electoral, y que podía ser habilitado por parte de la administración local para su uso.

Por tanto, a la vista de los resultados, llama la atención que la ciudadanía estableció múltiples conexiones entre activos, y de diferentes tipos, en comparación con las del grupo de profesionales. Las conexiones realizadas por la ciudadanía están relacionadas con diferentes áreas de actuación y sectores (formación-empleo, limpieza del entorno, actividad física, ocio y tiempo libre, autocuidados y atención a la salud) y contemplan acciones dirigidas a la población teniendo en cuenta los grandes grupos de edad (población infantil, joven, adulta y mayor). Así mismo, tienen presente también el eje de la diversidad funcional planteando acciones pensadas a personas con movilidad reducida y falta de apoyo familiar o económico que permita los desplazamientos a los recursos existentes en el municipio. Otro de los aspectos comunes a la mayoría de las conexiones es que subrayan el barrio como lugar de desarrollo de las acciones en lugar de promover y facilitar el acceso de la población de El Raval a los recursos existentes en otras zonas del municipio. La idea subyacente es la no asistencia de la población a las actividades si éstas se realizan fuera del barrio.

Respecto a las conexiones realizadas por el personal técnico, todas tienen que ver con la población infantil y joven del barrio. Ambos grupos coinciden en la importancia de llevar a cabo actividades de formación y alguna de ellas dirigida a facilitar el acceso de la juventud al trabajo.

En tercer lugar, se muestran en la tabla 29 las propuestas de acción que ciudadanía (agentes de salud e informantes clave) y personal técnico planteó por escrito en las fichas.

---

**Tabla 29. Propuestas de acción de la ciudadanía y el personal técnico, barrio de El Raval**

**Ciudadanía**

---

**Formación – educación**

---

Facilitar ayudas económicas para la adquisición de libros y material escolar para continuar estudios en el instituto

Enseñar a leer y a escribir en castellano y en árabe

Activar una escuela de adultos en el barrio

Enseñar informática, uso de correo electrónico, etc.

Organizar cursos de peluquería, maquillaje, manicura, etc.

Realizar cursos de cocina saludable

---

**Convivencia**

---

Generar espacios de conocimiento y encuentro entre culturas, especialmente entre las procedencias mayoritarias en el barrio (magrebí, rumana y etnia gitana)

---

**Ocio y tiempo libre**

---

Crear espacios de diversión en el barrio para la población infantil

---

**Atención a la violencia de género**

---

Crear una casa de acogida para mujer maltratadas

---

**Profesionales**

---

**Formación – educación**

---

Cursos de formación y talleres

Organizar actividades para jóvenes, madres y padres en las instalaciones del colegio del barrio.  
Formar a vecinos y vecinas en aeróbic y baile para que puedan dar clases en el barrio

Activar una escuela pública de adultos en el antiguo pabellón de infantil del barrio

Posibilitar que la ESO pueda cursarse en el barrio

Promover que los padres y madres asuman activamente la responsabilidad en la atención a sus hijas e hijos

---

**Ocio y tiempo libre**

---

Impulsar la práctica de deporte desde el ayuntamiento en las infraestructuras del barrio (campo de fútbol y velódromo)

---

En el debate grupal, se descartaron algunas de las propuestas señaladas en la tabla. Concretamente, se desestimó el disponer en el barrio de una casa de acogida para mujeres víctimas de la violencia de género. También se descartó la posibilidad de continuar estudiando la Educación Secundaria Obligatoria (en adelante ESO) en el colegio del barrio con la consiguiente ampliación de su programa educativo considerando que era más beneficioso la distribución del alumnado en los diferentes institutos del municipio.

De todas las necesidades sentidas, dos de ellas cobraron especial importancia en los discursos de ambos grupos: la falta de actividades en el barrio tanto para población joven como adulta y el abandono de los estudios de la ESO por parte de la población joven. La educación fue considerada como una potente herramienta de transformación social para la población y, en este sentido, el centro de educación infantil y primaria, se identificó como uno de los activos más potentes del barrio. El debate grupal condujo a la coincidencia de ambos grupos de que era prioritario poner en marcha actuaciones dirigidas a que el alumnado del barrio que accedía a la ESO finalizara los estudios ya que se producía un elevado abandono en los dos primeros cursos y, por tanto, la no obtención del título de graduado escolar.

### **ETAPA 3. DE LA DIFUSIÓN PÚBLICA DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DEL BARRIO Y SU DINAMIZACIÓN**

En Algemesí, en el marco del programa de actividades del municipio de la semana intercultural, se celebró la mesa redonda “*Projecte RIU: Actius en salut*” en noviembre de 2010 en la que participaron dos personas del equipo investigador, dos agentes de salud del proyecto y un especialista del campo académico<sup>14</sup>. A la presentación asistió población y profesionales del municipio y de la comarca de La Ribera.

Así mismo, en 2011, se realizó una presentación del trabajo por parte de una de las investigadoras del equipo y de dos agentes de salud al profesorado y personal investigador del departamento de salud pública de la Universidad de Alicante.

En 2012, se dio a conocer a profesionales de salud pública en el Centro Superior de Investigación en Salud Pública en los seminarios periódicos organizados en el centro.

También en 2011, fue presentado como trabajo de investigación “Mapeando los activos en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad social” en el Máster Sociología y Antropología de las Políticas Públicas de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia. Así mismo, ha sido facilitado a profesionales de salud pública y de asistencia sanitaria interesados en realizar mapas de activos para la salud en sus servicios.

En 2014, se presentó el proyecto de intervención comunitaria en salud basado en la dinamización de activos en la Facultad de Magisterio de la Universidad de Valencia y en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alicante en un seminario sobre activos para la salud.

Un resumen del trabajo ha sido incluido en el artículo sobre cómo trabajar con la perspectiva de activos del Informe SESPAS 2016 de la revista Gaceta Sanitaria(112), en el anexo sobre proyectos de identificación de activos disponible en la versión online del documento.

---

<sup>14</sup> Carles Simó Noguera, profesor del Departamento de Sociología y Antropología de la Universitat de València.

#### **ETAPA 4. DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD BASADA EN LA DINAMIZACIÓN DE ACTIVOS**

Como ya se ha descrito en los resultados de la dinamización del mapa de activos para la salud, la acción priorizada por la ciudadanía y el personal técnico fue actuar para lograr el éxito académico de los niños y niñas del barrio durante la ESO. Teniendo en cuenta esta necesidad y a partir del mapa de activos para la salud de El Raval, el equipo investigador estableció conexiones entre activos y diseñó el proyecto “Barri-Escola”. Las características generales del mismo se presentan en la tabla 30.

---

**Tabla 30. Proyecto “Barri-Escola”: intervención comunitaria participativa basada en la dinamización del mapa de activos del barrio El Raval (1/3)**

---

**Objetivo general**

---

Diseñar, crear y mantener Espacios Barri-Escola (EBEs) como lugares de aprendizaje comunitario para niños, niñas y jóvenes del barrio, promover la participación y la convivencia entre personas de distintas culturas, aumentar y fortalecer el sentido de pertenencia hacia el barrio y facilitar la aproximación mutua barrio-municipio de Algemésí.

---

**Objetivos específicos**

---

1. Promover la convivencia y el encuentro intercultural entre la población (infantil, juventud, adulta y mayores) del barrio y del resto del municipio
  2. Rehabilitar espacios físicos del barrio y convertirlos en lugares de referencia para el encuentro y convivencia
  3. Reducir el fracaso escolar en el último curso de educación primaria y durante la ESO en niños y niñas de diversas culturas:
    - aumentar la motivación de padres, madres y del alumnado hacia los estudios (y especialmente en las niñas)
    - facilitar el tránsito entre el colegio y los institutos
    - promover el conocimiento de oficios con alto rendimiento comunitario
    - aumentar la valoración social del colegio y profesorado, especialmente entre madres y padres del alumnado del último curso de primaria y de toda la ESO
    - implicar a las familias en la educación formal (escuela) e informal (en casa, en los espacios de ocio)
- 

**Espacios Barri-Escola (EBEs)**

---

Los EBEs son espacios habilitados en el barrio donde varios grupos de hasta 10 jóvenes de 6<sup>a</sup> de primaria y 1<sup>o</sup> de la ESO realizan apoyo escolar, aprenden habilidades con los servicios que se ofrecen en cada EBE y que repercutirán en el resto de la población del barrio. El alumnado se subdivide en grupos que van recorriendo los EBEs con cierta periodicidad: “Mini-escuela de mares i pares”, “Les Arts: ball i guitarra” y “L'Oficina d'Urbanisme i Medi Ambient”. Las actividades propias de los EBEs son: música, baile, pintura, teatro, poesía, actividades al aire libre y orientación a madres y padres del alumnado. Los EBEs funcionan 3 días por semana y se ofrece un tiempo para el apoyo académico en las actividades extraescolares.

---

---

**Tabla 30. Proyecto “Barri-Escola”: intervención comunitaria participativa basada en la dinamización del mapa de activos del barrio El Raval (2/3)**

---

**Población beneficiaria**

---

- Alumnado de distintas culturas de 6º de primaria del colegio del barrio y de 1º de la ESO de los institutos públicos
- Familiares
- Personas jóvenes y adultas del barrio participantes en las acciones desarrolladas en el barrio a partir del trabajo desde los EBEs.

Se accede a través de los servicios que conforman el Grupo de Acción Comunitaria y de la asociación Cáritas.

---

**Equipo responsable en los EBEs**

---

Los equipos responsables del trabajo en los EBEs son: una persona con el doble perfil de dinamizadora comunitaria y profesora, tres talentos en determinados oficios relacionados con las actividades de los EBEs y dos agentes de salud. La mayoría de los talentos y agentes han de ser personas que residen en el barrio.

Las agentes de salud son responsables de la apertura y cierre de cada espacio y el apoyo en las actividades. Los talentos planifican y ejecutan las actividades de cada EBE. La persona profesora y dinamizadora comunitaria tutoriza el apoyo escolar y organiza, facilita y supervisa las acciones comunitarias a desarrollar en el barrio a partir del trabajo de los EBEs.

---

**Seguimiento y evaluación**

---

Para la supervisión, seguimiento y evaluación del proyecto, se conforma el Grupo de Acción Comunitaria compuesto por profesionales de los sectores implicados y representantes de la población del barrio: coordinadora del proyecto y del Projecte RIU, equipos de trabajo de los EBEs, trabajadora social de servicios sociales, dirección del colegio del barrio y profesorado de los institutos públicos del municipio.

---

**Duración**

---

El proyecto fue diseñado para que tuviera al menos una duración de 5 años que contemplaba el último año de la educación primaria y los cuatro años de la ESO trabajando con una cohorte de niños y niñas. La evaluación de resultados permitiría tomar decisiones sobre su posible ampliación a todo el alumnado y su transferencia a otros barrios con características similares.

---

---

**Tabla 30. Proyecto “Barri-Escola”: intervención comunitaria participativa basada en la dinamización del mapa de activos del barrio El Raval (3/3)**

---

**Objetivos operativos y actividades**

---

Objetivo 1. Crear el Grupo de Acción Comunitaria

---

- A1. Contactar con los recursos y servicios implicados
  - A2. Contactar con las agentes de salud y talentos con perfil de liderazgo
  - A3. Constituir el grupo
  - A4. Mantener reuniones periódicas para el desarrollo del proyecto y su evaluación
- 

Objetivo 2. Identificar por parte del Grupo de Acción Comunitaria las necesidades, intereses y capacidades de las personas que viven y conocen bien el barrio

---

- A5. Revisar el diagnóstico de necesidades realizado en el Proyecto RIU
  - A6. Revisar y completar el mapa de activos del barrio
  - A7. Conectar los activos del mapa con las necesidades, intereses y capacidades
  - A8. Identificar y priorizar la creación de los EBEs
- 

Objetivo 3. Constituir y capacitar equipos de gestión de los EBEs

---

- A9. Constituir los equipos
  - A10. Capacitar a los equipos
  - A11. Diseñar los puntos EBEs y el plan de acción de cada uno de ellos
- 

Objetivo 4. Activar 3 EBEs: 1 de motivación a madres, padres y alumnado y apoyo familiar; 1 para danza, baile y otras formas de expresión artística; y 1 de urbanismo y medio ambiente. En todos ellos, se dedica un tiempo al apoyo escolar del alumnado.

---

- A12. Habilitar los locales para su apertura
  - A13. Tutorizar a jóvenes y familiares mediante la atención individual y grupal
  - A14. Ofrecer apoyo escolar al alumnado
  - A15. Impartir clases de guitarra, baile u otras actividades artísticas y organizar acciones comunitarias para todo el barrio
  - A16. Rehabilitar y mejorar los espacios urbanos del barrio y su cuidado
  - A17. Evaluar las actividades de los EBEs
  - A18. Elaborar un video del trabajo de los EBEs
- 

Tal y como se observa en la tabla 30 en la descripción del objetivo operativo 2 y las acciones A5-A8, el Grupo de Acción Comunitaria revisa y completa el mapa de activos para la salud y conecta activos con necesidades y talentos para el desarrollo de las acciones. Seguidamente, el equipo que gestiona los EBEs planifica los contenidos y actividades de cada uno de los espacios teniendo en cuenta dichas conexiones.

La figura 12 representa en el mapa de activos de El Raval las conexiones realizadas en el diseño del Proyecto Barri-Escola. Los activos conectados fueron:

### **Activos personas**

*En el barrio:*

- vecinos y vecinas (3 talentos)
- jóvenes (talentos)
- agentes de salud (2 mujeres)
- profesionales RIU
- directora y profesorado del colegio
- personal de servicios sociales

*En el resto del municipio:*

- trabajadora social de servicios sociales
- responsables del gobierno: alcalde y concejalías de bienestar social, salud y educación

Además se contó con un *vecino del municipio de Alzira (talento)* como profesor-dinamizador de los EBEs que puede ser considerado también como un activo para la salud del barrio. El *director y el coordinador del Centro de Salud Pública de Alzira* apoyó la organización y desarrollo del proyecto. En el Grupo de Acción Comunitaria y durante el desarrollo del proyecto participó el *profesorado de los dos institutos públicos del municipio*. En la búsqueda de financiación para la ejecución del proyecto y también en la difusión del mismo, se conectó con una *profesora<sup>15</sup> de la Universitat de València*.

### **Activos grupos o asociaciones**

*En el barrio:*

- asociación gitana
- equipo técnico RIU
- el grupo de agentes de salud
- la coordinadora de madres y padres del colegio

---

<sup>15</sup> Marta Talavera Ortega, del Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales de la Facultat de Magisteri de la Universitat de València.

Para la gestión del proyecto, se conectó con la *asociación Vincles Salut de Valencia* que buscó fuentes de financiación para posibilitar su implementación.

### **Activos servicios e instituciones**

*En el barrio:*

- servicios sociales
- colegio
- antiguo pabellón de infantil
- servicio de limpieza
- recogida de basuras

*En el resto del municipio:*

- servicios sociales
- institutos
- Ayuntamiento
- escuela de baile
- Centro de Información Juvenil

*En la comarca de La Ribera:*

- Centro de Salud Pública de Alzira
- becas y ayudas (Obra Social La Caixa)
- Universitat de València, Facultat de Magisteri

### **Activos espacios físicos e infraestructuras**

*En el barrio:*

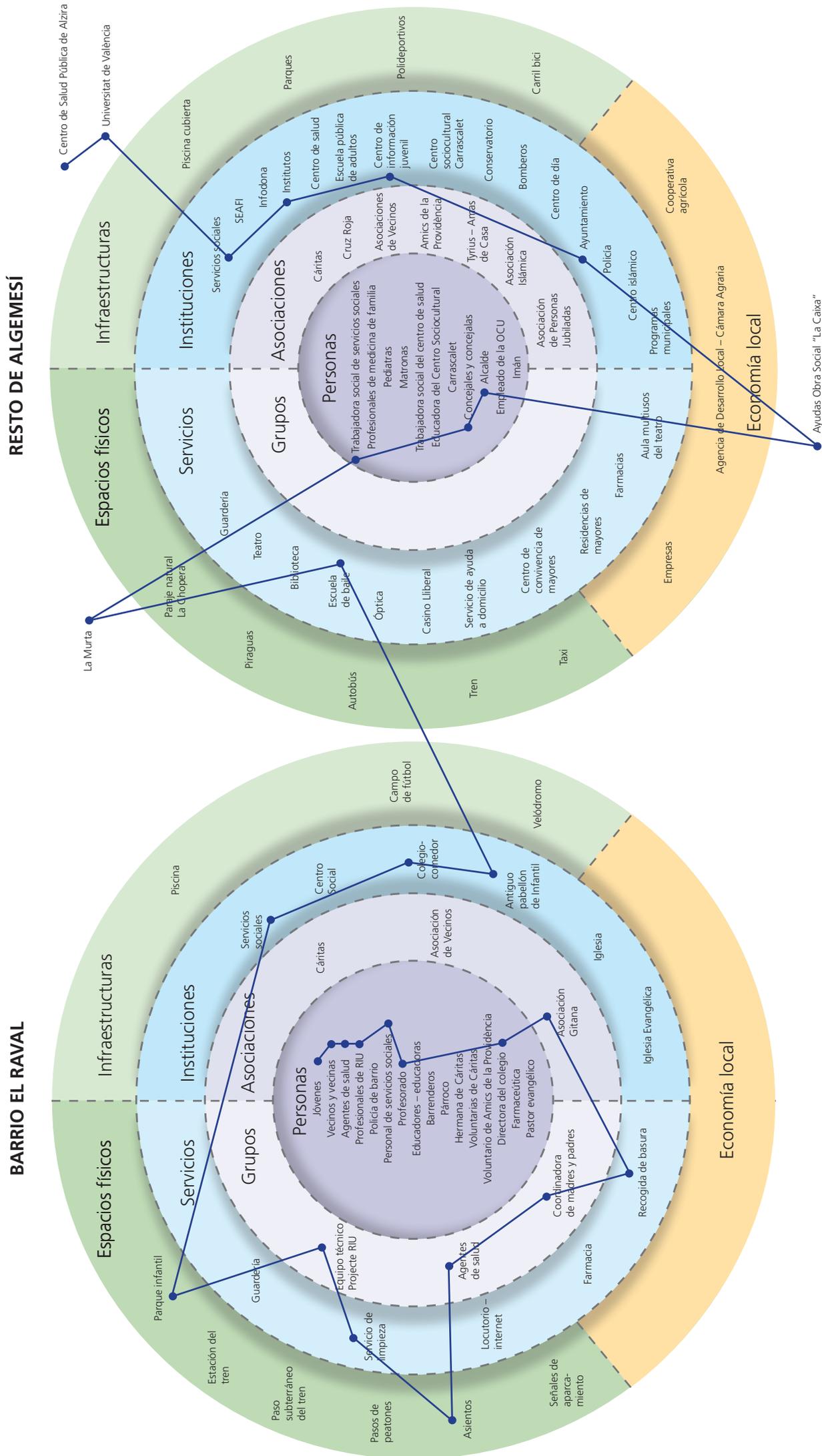
- parque infantil
- asientos

*En la comarca de La Ribera:*

- paraje natural de La Murta

En el diseño se pensó además en la realización de actividades de reciclaje y limpieza en el propio *cauce del río “Magre”*. Sin embargo, el río no fue identificado como un activo para la salud cuando se realizó el mapa. “*L'assud*” de Antella fue otro de los recursos que se conectó aunque no figura en el mapa de activos. Podría igualmente considerarse un activo para la salud del barrio ubicado en la comarca de La Ribera.

Figura 12. Conexiones realizadas en el mapa de activos del Raval en el diseño del proyecto “Barri-Escola”



**ESTUDIO DEL BARRIO  
L'ALQUERIETA DE ALZIRA:  
MÉTODOS Y RESULTADOS**

---



## CAPÍTULO 6

### MÉTODOS DEL ESTUDIO DE L'ALQUERIETA

---

#### **6.1. Ámbito del estudio. Caracterización del barrio**

Alzira es la capital de la comarca de La Ribera Alta y se encuentra a unos 35 Km al sur de la ciudad de Valencia. El barrio de L'Alquerieta comprende las secciones 1, 2a y 3 del distrito 5 de Alzira y parcialmente las secciones 8 y 12 del distrito 4.

El barrio está situado a las afueras de Alzira, limitado geográficamente por la carretera de Corbera, la avenida Padre Pompilio con las calles adyacentes a ésta (doctor Francesc Bono, Pare Castells y Hort de Gorreta) y las viviendas residenciales de la calle Comercio. El centro geográfico del barrio se encuentra en la parte más elevada del mismo, arriba de una pequeña loma que dificulta su acceso por la inclinación de las calles. En esta zona, se ubica el Centro de Participación Ciudadana dependiente del Ayuntamiento de Alzira y donde desarrollan actualmente su actividad servicios sociales, el Projecte RIU y la fundación Cepaim. Cerca de esta zona, se localiza el centro de educación infantil y primaria concertado “*Sagrada Família*”. En la zona inferior del barrio, es donde se sitúan la mayoría de los servicios públicos: el centro de bienestar y convivencia de personas mayores “*Antonia Cerdà*”, la escuela infantil municipal Infants, la parroquia Sagrada Família y el instituto “*José María Parra*”. En estas calles se sitúan también la asociación de vecinos del barrio, la falla, la comisión de fiestas de Sant Francesc, la escuela de fútbol, las entidades bancarias y los comercios (farmacia, quiosco, pequeñas tiendas, bares y gasolinera). En la zona este del barrio, se sitúan la escuela infantil municipal “*Llepolies*” y el centro público de educación infantil y primaria “*Pintor Teodoro Andreu*”.

El barrio se caracteriza en el plano urbanístico por el abandono, falta de mantenimiento y degradación de un gran número de viviendas. El tipo de construcción mayoritaria es la vivienda unifamiliar existiendo dos zonas claramente diferenciadas de vivienda plurifamiliar, una en la zona de plaza de La Ribera y otra contigua a la avenida Padre Pompilio. Las viviendas unifamiliares son antiguas, con más de 75 años de construcción

y las plurifamiliares alrededor de 40 años. Se erradicaron las principales áreas de chabolismo en el barrio pero continúan existiendo zonas de infravivienda. Las zonas más afectadas son El Torretxó y plaza de La Ribera. En ésta última se encuentran 8 bloques con 60 viviendas propiedad de la administración autonómica (EIGE, entidad de infraestructuras de la Generalitat Valenciana) en estado de total degradación y en la que continúan residiendo algunas familias. Así mismo, existen también viviendas unifamiliares cerradas sin ningún tipo de mantenimiento, algunas de propiedad particular y otras pertenecientes a entidades bancarias. Según datos del proyecto “Alzira Avança” (118) presentado por el Ayuntamiento de Alzira a la Estrategia de Desarrollo Urbano y Sostenible de la Unión Europea en 2016, sólo el 70% de las viviendas del barrio están ocupadas. Según se recoge en el documento, los motivos de los abandonos de las viviendas son el fallecimiento de sus residentes (de avanzada edad) y el impago de los préstamos (que eran concedidos con gran facilidad por las entidades bancarias a personas insolventes). Son frecuentes los casos de ocupación ilegal de las viviendas que contribuye a su deterioro. Durante los últimos años, estuvo en marcha un plan municipal de compra y rehabilitación de viviendas para alquiler social por el cual se pusieron en disposición de las familias, únicamente 9 viviendas. En 2014, el plan fue paralizado.

En relación al espacio público, existen solares sin vallar, ausencia de zonas verdes o sin mantenimiento, plazas y zonas insalubres o muros y espacios para la práctica deportiva sin acondicionar. En los últimos años, se han ido realizando progresivamente mejoras en el espacio público pero es una labor inacabada. En este sentido, la accesibilidad es un tema pendiente de abordar teniendo en cuenta tanto las características físicas del territorio (barrio situado en una loma) como el envejecimiento de su población. Existen calles con desniveles muy acusados (calle Calvario) o numerosos escalones (calle Callao). Esto afecta no sólo a las personas mayores o dependientes sino también a la población infantil escolar o a las personas que transportan carros infantiles, sobre todo mujeres (desigualdades sociales de género frecuentes en los barrios en situación de elevada vulnerabilidad).

En cuanto a la población, ésta es heterogénea y los distintos grupos culturales que residen en él coexisten en el territorio pero no suelen mantener relación entre ellos. Los datos de población empadronada en el barrio se muestran en la tabla 26. Dado que el barrio de L'Alquerieta no está individualizado como núcleo poblacional, se han considerado los datos correspondientes a las secciones 1 y 2a del distrito 5 de Alzira

para su consulta en la Oficina del Padrón Municipal. Los datos de padrón son de 2010, año en el que se acordó el inicio de la intervención RIU en dicho municipio.

La población empadronada en el barrio de L'Alquerieta y en el resto de Alzira según Padrón Municipal y país de procedencia y sexo se muestra en las tablas 31 y 32.

**Tabla 31. Población empadronada en el barrio de L'Alquerieta y en el resto de Alzira en 2010, según sexo y nacionalidad**

Población	Alzira (sin L'Alquerieta)			L'Alquerieta		
	Total % de Alzira	Hombres % país procedencia	Mujeres % país procedencia	Total % de Alzira	Hombres % país procedencia	Mujeres % país procedencia
Española	37.605 83,79%	18.143 48,25%	19.462 51,75%	2.366 5,27%	1.193 50,42%	1.173 49,58%
Extranjera	4.547 10,13%	2.370 52,12%	2.177 47,88%	363 0,81%	209 57,58%	154 42,42%
Total	42.152 93,92%	20.513 48,66%	21.639 51,34%	2.729 6,08%	1.402 51,37%	1.327 48,63%

Elaboración propia, Padrón Municipal, 2010

En las dos columnas “Total” los porcentajes se han calculado sobre la población de Alzira (44.881 habitantes). En las columnas relativas al sexo, los porcentajes de hombres y mujeres se han calculado por procedencia (española y extranjera) y sobre el total de la población empadronada en el barrio y en el resto del municipio.

**Tabla 32. Población extranjera empadronada en L'Alquerieta y en el resto de Alzira en 2010, según país de procedencia y sexo**

País nacimiento	Alzira (sin L'Alquerieta)			L'Alquerieta		
	% población extranjera	Hombres % país procedencia	Mujeres % país procedencia	% población extranjera	Hombres % país procedencia	Mujeres % país procedencia
Marruecos	463 10,18%	267 57,67%	196 42,33%	103 28,37%	65 63,10%	38 36,90%
Argelia	215 4,73%	139 64,65%	76 35,35%	18 4,96%	11 61,11%	7 38,89%
Rumanía	1.449 31,87%	731 50,45%	718 49,55%	150 41,32%	83 55,33%	67 44,67%
Francia	116 2,55%	60 51,72%	56 48,28%	30 8,26%	17 56,67%	13 43,33%
Ecuador	179 3,94%	88 49,16%	91 50,84%	12 3,31%	6 50%	6 50%
Paraguay	189 4,16%	56 29,63%	133 70,37%	3 0,83%	0 0%	3 100%
Otros	1.936 42,57%	1.029 53,15%	907 46,85%	47 12,95%	27 57,45%	20 42,55%
Extranjera	4.547 100%	2.370 52,12%	2.177 47,88%	363 100%	209 57,53%	154 42,42%
% de la población	10,79%	-	-	13,30%	-	-

- no corresponde

Elaboración propia, Padrón Municipal, a 31 de diciembre de 2010

En las columnas “población extranjera”, los porcentajes de cada uno de los países se calculan sobre el total de la población extranjera empadronada en el barrio (363 personas) y en el resto del municipio (4.547 personas), respectivamente. Como en la tabla anterior, en las columnas relativas al sexo, los porcentajes de hombres y mujeres se han calculado por país de procedencia y sobre el total de la población extranjera. Finalmente, en la última fila, se ha calculado el porcentaje de población extranjera respecto de la población total que está empadronada en L'Alquerieta (2.729 personas) y en el resto del municipio (42.152 personas).

Como se observa en las tablas 31 y 32, la población empadronada en 2010 en L'Alquerieta era de 2.729 habitantes siendo 44.881 habitantes la de todo el municipio de Alzira. El 13,30% de la población del barrio era extranjera siendo este porcentaje muy similar al del resto del municipio que se situaba en el 10,79%. La mayoría de la población extranjera del barrio era de Rumanía y Marruecos (el 41,32% y 28,37%

respectivamente). Por sexos, la mayoría de la población extranjera son hombres. Actualmente, la población extranjera mayoritaria es de origen magrebí, concretamente de Marruecos.

En las figuras 13 y 14, se muestran las pirámides de población de L'Alquerieta y del resto del municipio de Alzira por grupos de edad y sexo. En el caso de L'Alquerieta, se observa un mayor número de hombres que de mujeres, en casi todos los grupos de edad, salvo en los de mayor edad dado que la esperanza de vida de las mujeres que es más alta. La pirámide poblacional de Alzira muestra características muy similares en cuanto a su forma. En Alzira, hay una proporción similar de hombres y mujeres para todos los grupos de edad. Comparando ambas, podemos afirmar que la población infantil y joven es mayor en el barrio de L'Alquerieta que en el resto de Alzira. Lo contrario sucede en los grupos de edades más avanzadas.

**Figura 13. Pirámide de población del barrio de L'Alquerieta en 2010**

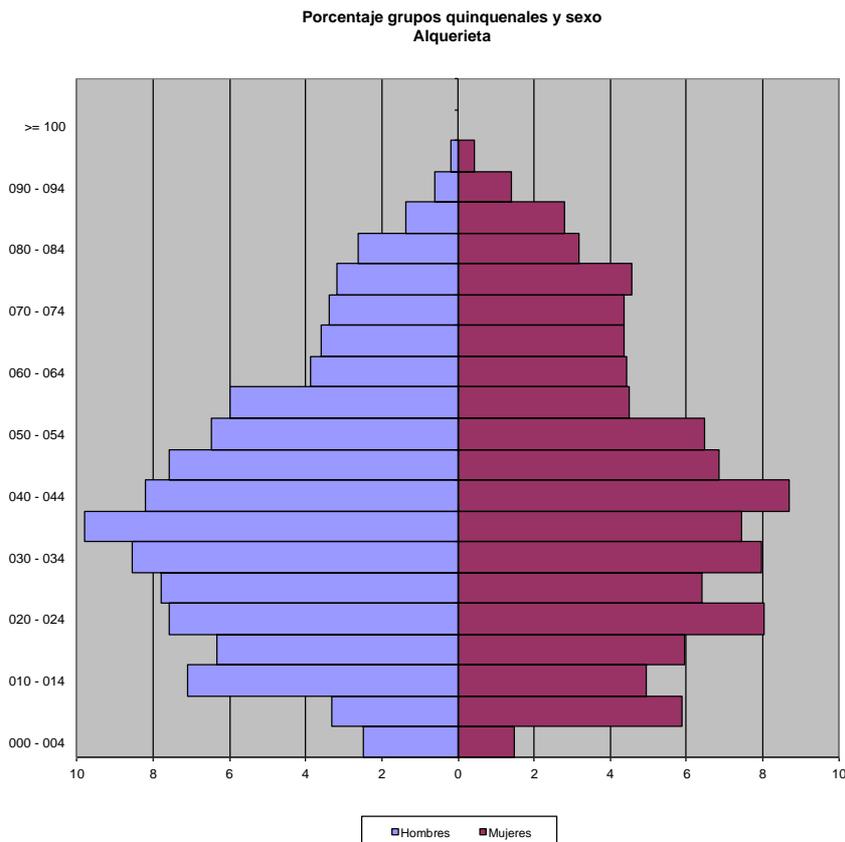


Figura tomada del informe EPI-RIU 2010 (documento interno del Centro de Salud Pública de Alzira).

**Figura 14. Pirámide de población de Alzira (sin L'Alquerieta) en 2010.**

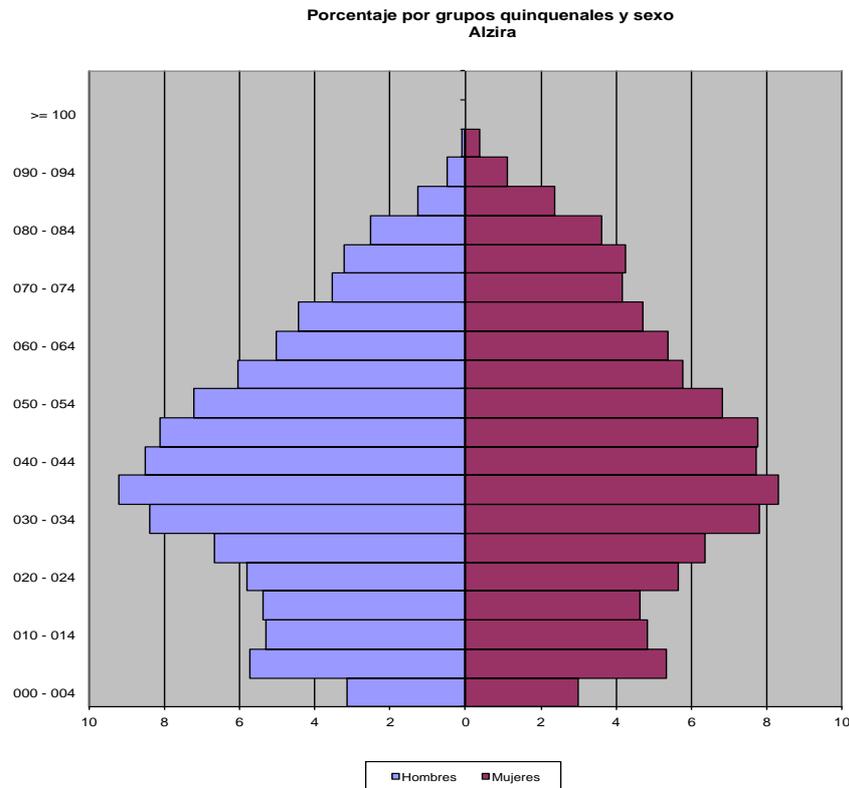


Figura tomada del informe EPI-RIU 2010 (documento interno del Centro de Salud Pública de Alzira).

La población española y española de etnia gitana vive en el barrio desde hace décadas. Las personas jóvenes españolas tienden a trasladar su residencia fuera del barrio quedando las casas de las familias deshabitadas. La población española de etnia gitana es relativamente estable. Según la estimación del equipo de servicios sociales del Centro de Participación Ciudadana, su número oscila alrededor de 350 personas (un 12,82% de la población del barrio). Otro de los grupos culturales que vive en el barrio son familias rumanas de etnia gitana, algunas de las cuales no están empadronadas, ocupan viviendas vacías y mantienen actividades económicas marginales. Finalmente, destaca la población magrebí, concretamente de Marruecos, como el siguiente grupo cultural más numeroso y que reside en su mayoría en el bloque de fincas de la zona inferior del barrio.

En relación a los estudios, gran parte de la población del barrio presenta un bajo nivel educativo. La tabla 33 muestra el nivel de estudios del barrio de L'Alquerieta y del total

de la población de Alzira en el año 2000. En primer lugar, llama la atención el elevado porcentaje de personas del barrio que no saben leer ni escribir (6,09%) el cual es tres veces superior al de Alzira (1,97%) siendo frecuente en la población española de etnia gitana, y sobre todo, en las mujeres. En segundo lugar, llama la atención el elevado porcentaje de personas sin estudios del barrio (35,95%) que es superior también al del conjunto de Alzira (27,48%). Por último señalar, el bajo porcentaje de personas que ha finalizado bachillerato o equivalentes (5,11% frente al 12,43% del total de Alzira) y estudios universitarios (1,35% frente al 5,91% de Alzira). Cabe señalar, que en la última década, se ha mejorado significativamente la escolarización durante la educación infantil y primaria. Sin embargo, en la ESO es muy frecuente el absentismo escolar y el abandono de los estudios durante el primer ciclo (1º y 2º curso).

**Tabla 33. Nivel de estudios de la población de L'Alquerieta y del municipio de Alzira en 2000**

Nivel de estudios	Alzira		L'Alquerieta	
	N	%	N	%
No sabe leer ni escribir	796	1,97	225	6,09
Sin estudios	11.079	27,48	1.329	35,95
Estudios primarios	13.662	33,89	1.398	37,81
Enseñanza secundaria obligatoria	7.385	18,32	506	13,69
Bachillerato o equivalente	5.011	12,43	189	5,11
Estudios superiores	2.381	5,91	50	1,35
Total	40.314	100	3.697	100

Fuente: Ajuntament d'Alzira. Plan Actuación Integral en los barrios L'Alquerieta y Torretxó de Alzira. 2000.

No se disponen de datos desagregados de la situación laboral en el barrio de L'Alquerieta. Sí se han obtenido datos del paro de Alzira facilitados por el SERVEF. En la tabla 34, se observa un aumento importante del paro en todos los grupos de edad, en el período 2008-2010, coincidente con los años iniciales de la crisis económica, doblándose el número de desempleados en casi todos los grupos de edad. Como se aprecia en la tabla 35, el paro aumentó en todos los sectores, siendo la construcción y el sector servicios los que acusaron en mayor medida la crisis económica. En relación a la industria, experimentó una ligera reducción en 2010.

**Tabla 34. Población parada en Alzira en el período 2008-2010 por grupos de edad**

Año	Edad							
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
2008	234	281	331	257	237	194	160	190
2009	457	537	586	513	465	360	286	271
2010	512	639	718	630	534	445	373	322

Fuente: Elaboración propia. SERVEF, 2010

**Tabla 35. Población parada en Alzira en el período 2008-2010 por sectores de producción**

Año	Agricultura	Construcción	Industria	Servicios	Sin ocupación anterior
2008	70	274	381	1.251	157
2009	118	694	921	1.867	237
2010	219	876	803	2.356	322

Fuente: Elaboración propia. SERVEF, 2010

En el barrio de L'Alquerieta, el desempleo de larga duración y la percepción de prestaciones sociales (pensiones no contributivas, renta social garantizada, ayudas de emergencia social, etc.) son frecuentes, según la información del personal técnico de la administración local y autonómica que trabaja en el barrio. Las actividades económicas marginales para la obtención de ingresos son la recogida y venta de chatarra, de cartón o la venta de ajos. El trabajo temporal en la agricultura en el caso de los hombres (temporada de naranja o de caqui, sobre todo), muchas veces sin contratación laboral, y el envasado en los almacenes y cooperativas en el caso de las mujeres, son actividades frecuentes. Por tanto, la precariedad laboral es manifiesta y condiciona la vulnerabilidad y exclusión social.

A lo largo de los años, se ha mantenido una visión estigmatizada del barrio relacionada con la degradación urbana (viviendas y espacio público), la pobreza y exclusión social en la que viven muchas familias, las actividades delictivas vinculadas en buena medida al tráfico de drogas y sus consecuencias o al maltrato animal, y los comportamientos de anomia social que provocan en ocasiones enfrentamientos entre el vecindario (ocupación del espacio público, tenencia de animales que deberían estar estabulados, insalubridad en las calles, etc.).

## 6.2. Población participante en el estudio

En el estudio participaron 7 personas agentes de salud de la primera edición del proyecto RIU Alzira de 2011-2012, el grupo motor que había finalizado la formación como agente de salud y que fue invitado a participar en el estudio; 26 informantes clave (19 de la ciudadanía y 7 profesionales) entrevistados por las personas agentes de salud al considerarlos activos para la salud; y 17 profesionales y otros agentes sociales de la red intersectorial que apoyaban el desarrollo del proyecto en el momento del estudio y que aceptaron participar por agenda de trabajo y voluntad profesional.

La tabla 36 describe las características sociodemográficas del grupo de agentes de salud. La tabla 37 muestra las personas informantes clave de la ciudadanía (según sexo, país de nacimiento, etnia y lugar de residencia) y profesionales (según ámbito de trabajo, perfil profesional y sexo). Finalmente, la tabla 38 presenta el personal de la red intersectorial participante en el estudio (igualmente según ámbito de trabajo, perfil profesional y sexo).

**Tabla 36. Características sociodemográficas de las personas agentes de salud participantes en el estudio del barrio L'Alquerieta de Alzira**

País nacimiento y etnia	Sexo		Edad		Residencia		Estudios		Situación familiar		Trabajo
	Hombre	Mujer	18-34	≥35	barrio	Alzira	sin graduado	graduado o más	con pareja	con hijo	
España	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0
España gitana	1	2	1	2	3	0	3	0	1	3	0
Rumanía gitana	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0
Marruecos	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1
Argelia	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0
Total	2	5	3	4	6	1	4	3	3	6	1

**Tabla 37. Informantes clave participantes en el estudio del barrio de L'Alquerieta de Alzira**

<b>Ciudadanía</b>				
País de procedencia y etnia	Hombres	Mujeres	L'Alquerieta	resto de Alzira
España	2	7	7	2
España etnia gitana	1	7	8	0
Marruecos	1	1	2	0
Total	4	15	17	2
<b>Profesionales</b>				
Ámbito de trabajo	Perfil profesional	Hombres	Mujeres	
Salud Pública	medicina	1	0	
Asistencia sanitaria	pediatría	0	1	
Farmacia	farmacia	0	1	
Administración local	trabajo social	0	2	
	agente de desarrollo local	1	0	
Educación	magisterio	1	0	
Total		3	4	

**Tabla 38. Ámbito de trabajo y perfil del grupo de profesionales participantes en el estudio de L'Alquerieta de Alzira**

Ámbito de trabajo	Perfil profesional	Hombres	Mujeres
Salud Pública	medicina	1	1
	integración social	0	1
Asistencia sanitaria	enfermería	0	1
Servicios Sociales	trabajo social	0	2
	psicología	1	1
	educación social	0	1
	inspección de obras y servicios	1	0
	mediación minorías étnicas	1	0
	animación sociocultural	0	1
Educación	magisterio	2	0
Trabajo	agente de desarrollo local	0	1
	sindicalista	0	1
Asociacionismo	presidente	1	0
Total		7	10

### **6.3. Del desarrollo metodológico**

El método que se siguió para el estudio del barrio de L'Alquerieta es similar al que se aplicó en el estudio del barrio de El Raval de Algemés. En la tabla 39 se señalan las diferencias entre ambos procedimientos y a continuación se describen detalladamente los cambios que se incorporaron en el segundo de los estudios.

**Tabla 39. Cambios en las etapas y actividades del método en el estudio de L'Alquerieta de Alzira en relación al estudio de El Raval de Algemesí (1/3)**

<b>Etapas 1. Elaboración del mapa de activos para la salud</b>	
Estudio El Raval de Algemesí	Cambios en el estudio L'Alquerieta de Alzira
<i>1ª fase: El grupo de agentes de salud identifica activos</i>	
5 sesiones de trabajo (3 horas por sesión) 1 investigadora conduce las sesiones	2 investigadoras conducen las sesiones
1ª sesión Identificar activos a nivel individual y como grupo: 3 preguntas individuales, respuestas por escrito en fichas y puesta en común. Recogida de las fichas para análisis Conocer la definición de activo: lectura y aclaración de dudas Identificar y clasificar los activos del barrio - 1 plantilla con tipos de activos y su localización - 3 tipos de activos: personas, grupos o instituciones y espacios físicos o infraestructuras - trabajo en subgrupos, puesta en común, recogida de plantillas para analizar	Se elimina una de las preguntas individuales  - 6 plantillas, una por cada tipo de activos - 6 tipos de activos: personas, grupos o asociaciones, servicios e instituciones, espacios físicos o infraestructuras, economía local y cultura
Análisis de la información recogida según tipos de activos (persona, grupos o asociaciones, servicios e instituciones y espacios físicos e infraestructuras) y ubicación (barrio, resto del municipio, comarca y otros lugares)	Idem pero según 6 tipos de activos: se añade economía local y cultura
2ª sesión Seleccionar informantes clave (ciudadanía y profesionales) para entrevistar Conocer las preguntas de la entrevista: 2 a la ciudadanía y 3 a profesionales Entrenar al grupo para realizar las entrevistas	Idem. Mayor entrenamiento en reformular las preguntas para que respondan a lo que se pregunta y evitar que hablen de necesidades del barrio en lugar de activos
Análisis de la información recogida según categorías anteriores	Idem
3ª sesión – 4ª sesión Lectura de las entrevistas realizadas a informantes clave Recoger las transcripciones de las entrevistas para su análisis Planificar las siguientes entrevistas a informantes clave	Idem. Además grabación del debate grupal
Análisis de la información recogida según categorías anteriores	Idem
5ª sesión Elaborar mural con los activos identificados por agentes de salud e informantes clave, según las 2 categorías de análisis (tipos de activos y localización)	Idem de la 3ª y 4ª sesión, a excepción de la planificación de nuevas entrevistas. No se elabora el mural. Se destinan varias sesiones a la representación del mapa de activos utilizando la aplicación <i>Google Earth</i> ® (uso privado)

**Tabla 39. Cambios en las etapas y actividades del método en el estudio de L'Alquerieta de Alzira en relación al estudio de El Raval de Algemés (2/3)**

<p><i>2ª fase: Profesionales de la red intersectorial de apoyo al proyecto identifican activos</i></p>	
<p>1ª sesión Seminario de formación del modelo de activos con profesionales de la red Responder individualmente por escrito 3 preguntas Identificar y clasificar los activos del barrio: trabajo en subgrupos, 3 tipos de activos (personas, grupos o asociaciones e instituciones), puesta en común Recogida de las fichas para su análisis y anotaciones del debate</p>	<p>Presentación del modelo de activos para la salud por el equipo investigador Identificar 6 tipos: se añade espacios físicos e infraestructuras, economía local y cultura. Se solicita la localización geográfica (barrio, resto del municipio, comarca y otros lugares) Grabación del debate grupal con consentimiento previo</p>
<p>Análisis de la información según categorías</p>	<p>Idem</p>
<p><i>3ª fase: El equipo investigador construye el mapa de activos para la salud</i></p>	
<p>Presentación en tablas y en gráficos de los activos identificados</p>	<p>Idem</p>
<p><b>Etapa 2. Dinamización del mapa de activos para la salud</b></p>	
<p>1ª sesión Conocer el mapa e incorporar más activos. 5 tipos: se incluye economía local Dos grupos de trabajo: 1) agentes de salud e informantes clave y 2) profesionales Cumplimentar las fichas: “Nuestro mapa de activos en salud” “Conectando nuestros activos en salud para mejorar el barrio” “¿Qué te gustaría hacer o que se hiciera en el barrio para que fuera más saludable?” Priorizar las propuestas de acción. Puesta en común, debate grupal</p>	<p>2 sesiones de trabajo (3 horas) en el centro de participación ciudadana de L'Alquerieta ; no participan informantes clave  6 tipos de activos: se incluye cultura Subgrupos formados cada uno por agentes de salud y profesionales  No se entregó ficha. Trabajo en gran grupo  No se trabaja en esta sesión. Se entrega el mapa de activos y las 2 fichas de trabajo para traerlas en la siguiente sesión No se trabaja en esta sesión</p>
<p>2ª sesión Subgrupos mixtos de trabajo, agentes de salud y profesionales Cumplimentar las fichas “Conectando nuestros activos en salud”, ¿Qué te gustaría hacer o que se hiciera en el barrio para que fuera más saludable?”, “¿Qué talentos conoces en el barrio?” Presentación de los temas de salud priorizados en el barrio Priorización de las conexiones entre activos para la salud y propuestas de acción</p>	<p>2ª sesión Subgrupos mixtos de trabajo, agentes de salud y profesionales Cumplimentar las fichas “Conectando nuestros activos en salud”, ¿Qué te gustaría hacer o que se hiciera en el barrio para que fuera más saludable?”, “¿Qué talentos conoces en el barrio?” Presentación de los temas de salud priorizados en el barrio Priorización de las conexiones entre activos para la salud y propuestas de acción</p>

**Tabla 39. Cambios en las etapas y actividades del método en el estudio de L'Alquerieta de Alzira en relación al estudio de El Raval de Algemesí (3/3)**

<b>Etapas 3. Difusión pública del mapa de activos para la salud y su dinamización</b>	
Establecer los contactos con responsables políticos y directivos de la administración local, profesionales de distintos sectores, especialmente de salud pública y asistencia sanitaria, personal investigador y docente universitario.	Idem.
<b>Etapas 4. Propuestas de acción comunitaria en salud basadas en la dinamización del mapa de activos</b>	
Diseñar un proyecto de intervención comunitaria basado en la dinamización del mapa	Diseñar una acción puntual de sensibilización comunitaria basada en la dinamización del mapa

## **ETAPA 1. ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DE L'ALQUERIETA**

### **1ª Fase: El grupo de agentes de salud identifica los activos**

Esta fase se desarrolló igualmente en 5 sesiones de trabajo de 3 horas cada una de ellas que se realizaron en el Centro de Participación Ciudadana del barrio de L'Alquerieta de Alzira (instalaciones municipales).

Se siguió la misma guía para elaborar un mapa de activos para la salud por las personas agentes de salud del proyecto RIU que había sido utilizado en el barrio El Raval de Algemés con algunas variaciones que se explican a continuación.

#### **Sesión 1ª**

#### **Actividad 1. Definición de activo para la salud. Activos a nivel personal y del propio grupo para mejorar la salud del barrio**

Cada persona del grupo trabaja sólo dos preguntas a nivel individual:

*¿Qué cosas buenas, positivas... tengo **yo misma** y pueden ser importantes para mejorar la salud del barrio? ¿Por qué?*

*¿Qué cosas buenas, positivas... tiene **nuestro grupo** y pueden ser importantes para mejorar la salud del barrio? ¿Por qué?*

Se eliminó la siguiente pregunta por considerar que el foco se tenía que poner en el barrio y en las personas que residen en él.

*¿Qué cosas buenas, positivas... tengo **yo misma** y pueden ser importantes para mejorar mi salud? ¿Por qué?*

El resto de los contenidos de la sesión se trabajaron del mismo modo.

#### **Actividad 2. Identificación de activos para la salud**

En 2012, a partir de los avances en el modelo de activos para la salud que se realizaron en los años siguientes y tras la revisión de la literatura, se incorporó además la categoría

“cultura” para identificar expresiones culturales o valores. De tal modo que la clasificación de activos fue:

- personas
- grupos o asociaciones
- servicios e instituciones
- espacios físicos e infraestructuras
- economía local
- cultura: entendiendo por ésta las expresiones culturales tales como costumbres, valores, fiestas típicas, patrimonio cultural local, etc.

Así mismo, se modificó el diseño de la plantilla incluyendo la columna “¿Por qué es un activo?” para enfatizar la diferencia entre lo que podría ser un recurso y un activo para la salud y por tanto alcanzar el acuerdo grupal sobre si se ha de considerar o no un activo para la salud. Se presenta a continuación la plantilla que fue utilizada.

---

Plantilla utilizada en la elaboración del mapa de activos para la salud del barrio L'Alquerieta, 2012

Localización	Personas*	¿Por qué es un activo?
En L'Alquerieta		
En el resto de Alzira		
Comarca de La Ribera		

\* Se utilizó la misma plantilla cambiando el título de la columna por grupos, servicios e instituciones, espacios físicos e infraestructuras, economía local y cultura.

El resto de la sesión se realizó de igual modo que en el estudio de El Raval.

## **Sesión 2ª**

Se siguió el mismo procedimiento que en el estudio de El Raval pero se mejoró el entrenamiento de las personas agentes de salud en habilidades de entrevista en dos aspectos: 1) reformular las preguntas realizadas a las personas informantes clave a fin de que contestaran a lo que se les preguntaba; 2) lograr que focalizaran su atención en identificar activos y no en enumerar o describir los problemas o necesidades del barrio.

### **Sesiones 3ª y 4ª**

Se procedió del mismo modo que en el estudio de El Raval de Algemés. Como elemento diferencial, se realizó la grabación de la puesta en común de las entrevistas y debate grupal con consentimiento previo del grupo de agentes de salud para mejorar el análisis posterior de la información recogida.

### **Sesión 5ª**

En el estudio de L'Alquerieta se dedicó una sesión más a planificar la realización de nuevas entrevistas a informantes clave.

Mientras que en el estudio de El Raval el grupo de agentes de salud elaboró un mural con los activos identificados por agentes de salud e informantes clave, en el estudio de L'Alquerieta se decidió utilizar la herramienta Google Earth para la localización geográfica de los activos. Se entrenó a las personas del grupo de agentes de salud en su uso. Se acordó el color y formato de las chinchetas a utilizar así como el nombre que acompañaría a cada chincheta:

- verde: activos persona utilizando la figura de mujer, hombre o personas
- azul: activos grupos o asociaciones
- amarillo: activos servicios e instituciones
- naranja: activos espacios físicos e infraestructuras
- rojo: activos relacionados con la economía local
- violeta: activos cultura; muchos de estos activos no era posible situarlos en el mapa dado su carácter cognitivo y abstracto (valores)

Se les facilitó un documento resumen en el que figuraban todos los activos identificados tanto por el grupo de agentes de salud como de profesionales. El trabajo fue realizado en varias sesiones de trabajo en los locales del Centro de Participación Ciudadana y en sus propios domicilios. Dos de las investigadoras revisaron y finalizaron el trabajo.

## **2ª Fase: La red intersectorial de profesionales identifica los activos**

En el estudio realizado en L'Alquerieta, fueron dos profesionales del equipo investigador quienes realizaron la exposición teórica sobre el modelo de activos para la salud a la red intersectorial del proyecto RIU. Seguidamente, las preguntas individuales planteadas fueron las mismas que en el estudio de El Raval y, del mismo modo, se recogieron las respuestas por escrito para ser analizadas.

Seguidamente, se distribuyó al grupo de profesionales en 3 subgrupos de trabajo. A cada grupo, se les facilitó las plantillas en las que tenían que identificar activos en salud y expresar la razón de su elección. Las plantillas fueron las mismas que se utilizaron con el grupo de agentes de salud. En el caso del estudio de El Raval fueron 3 las categorías de análisis y en el caso de L'Alquerieta se amplió a 6: personas, grupos o asociaciones, servicios e instituciones, espacios físicos e infraestructuras, economía local y cultura. Así mismo, a diferencia de El Raval, también se solicitó la localización territorial de los activos: barrio, resto del municipio, comarca y otros lugares.

Durante la puesta en común del trabajo, las intervenciones fueron grabadas con consentimiento previo para el análisis posterior de la información.

## **3ª Fase: El equipo investigador construye el mapa de activos para la salud**

En el estudio de L'Alquerieta, el equipo investigador presenta en tablas la información con todos los activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave (ciudadanía y profesionales) y grupo de profesionales de la red intersectorial. En la figura 15 se presenta el mapa de activos para la salud de L'Alquerieta.

## **ETAPA 2. DINAMIZACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS**

A diferencia del estudio de El Raval, se mantuvieron 2 sesiones de trabajo (de 3 horas por sesión) en las que participaron el grupo de agentes de salud y el grupo de profesionales de la red intersectorial. Las sesiones se realizaron en el Centro de Participación Ciudadana de L'Alquerieta.

### **1ª sesión**

#### **Presentación del mapa de activos para la salud de L'Alquerieta**

En primer lugar, las personas agentes de salud describieron al grupo de profesionales el proceso de trabajo que siguieron para identificar los activos en salud del barrio de L'Alquerieta y la construcción del mapa utilizando la herramienta *Google Earth*®.

En segundo lugar, el grupo de profesionales relató al grupo de agentes de salud el trabajo que realizaron para identificar los activos en salud del barrio.

En tercer lugar, el equipo investigador presentó el modo seguido para unificar los activos para la salud identificados por ambos grupos y las decisiones que se adoptaron para la configuración del mapa. Las decisiones adoptadas fueron:

- Representar el mapa en papel en formato A2 y A4 diferenciando los activos en salud según las categorías de clasificación (personas, grupos o asociaciones, servicios o instituciones, espacios físicos e infraestructuras, economía local y cultura) y localización geográfica (barrio, resto del municipio, comarca y otros lugares).
- Presentar diferencialmente en el mapa los activos identificados por el grupo de agentes de salud (en negro), por las personas informantes clave (en verde) y por el grupo de profesionales (en azul). Aquellos activos identificados tanto por agentes de salud como por profesionales se representaron también (en negrita). Se contabilizó el número de veces que fueron identificados los activos como noción de fuerza.
- Se acordó diferenciar determinados activos considerados servicios o institución o espacios físicos e infraestructuras en función de que fueran de acceso gratuito

o de pago para su utilización o que en las instalaciones se ofrecieran o no determinados servicios.

- Los activos sobre los que el equipo investigador mantenía dudas fueron señalados con interrogantes para acordar su inclusión o no y su adecuada clasificación por consenso del grupo de agentes de salud y profesionales en las sesiones de dinamización del mapa.

Tras esta presentación, se distribuyó el mapa de activos en salud impreso en formato A2 a las personas participantes y se invitó a su lectura y reflexión individual. Se solicitó la realización de comentarios de aquellos aspectos que les resultaran más llamativos. Se resolvieron las dudas en el debate grupal y búsqueda del consenso sobre si determinados recursos podían ser considerados o no activos para la salud.

### **Dinamización del mapa de activos para la salud**

A diferencia del estudio de El Raval, se distribuyó a las personas participantes en 3 grupos de trabajo compuestos cada uno de ellos tanto por agentes de salud como por profesionales. Se solicitó a los grupos que acordaran conexiones entre los activos del mapa. Al igual que en El Raval, se les entregó la ficha “*Conectando nuestros activos en salud para mejorar el barrio*” en la que figuraban las siguientes preguntas:

*“¿Cómo podríamos conectar los activos identificados para mejorar la salud del barrio? ¿En qué temas ves más fácil que se puedan conectar?”*

Pasado un tiempo, se realizó una puesta en común con las aportaciones de cada grupo. Finalizada ésta, se facilitó a cada persona del grupo el mapa de activos en salud en formato A4 y dos fichas de trabajo para ser cumplimentadas durante la semana y ser aportadas en una segunda sesión para la dinamización del mapa:

Ficha. *“¿Cómo podríamos conectar los activos identificados para mejorar la salud del barrio? ¿En qué temas ves más fácil que se puedan conectar?”*

Ficha. *“¿Qué te gustaría hacer o que se hiciera en el barrio para que fuera más saludable?”*

## **2ª sesión**

### **Establecer conexiones entre activos y propuestas de acción**

Se realizó un resumen del trabajo de la sesión anterior y se preguntó al grupo si cumplimentaron las fichas entregadas al finalizar la primera sesión. A continuación, se distribuyó a las personas participantes en 3 subgrupos para la realización de las siguientes actividades:

Actividad 1. Realizar nuevas conexiones entre los activos identificados en el mapa a partir de las preguntas:

*“¿Cómo podríamos conectar los activos identificados para mejorar la salud del barrio? ¿En qué temas ves más fácil que se puedan conectar?”*

Actividad 2. Expresar propuestas de acción en el barrio a partir de la pregunta:

*“¿Qué te gustaría hacer o que se hiciera en el barrio para que fuera más saludable?”*

Actividad 3. Identificar talentos para poder conectarlos con las necesidades percibidas a partir de la pregunta:

*“¿Qué talentos conoces en el barrio?”*

### **Presentación del estudio “Priorización de temas de salud en el barrio de L'Alquerieta”**

La epidemióloga del Centre de Salut Pública de Alzira presentó los resultados del análisis de priorización de necesidades en salud en el barrio de L'Alquerieta (ver Anexo 2). El estudio había sido realizado en diciembre de 2012 y en él habían participado el grupo de agentes de salud que se estaban formando en aquel momento en la 2ª edición del proyecto RIU Alzira 2012-2013 y un grupo de profesionales colaboradores en el proyecto.

Los temas que se eligieron para ser priorizados fueron extraídos de las entrevistas individuales realizadas a las personas candidatas a ser agentes de salud en la 1ª y 2ª edición del Projecte RIU en la fase de selección. Por tanto, eran temas sobre los que ya se había expresado la necesidad de actuación por la población del municipio. Los temas

fueron organizados por etapa evolutiva (infancia, juventud, edad adulta, personas mayores y determinantes sociales de salud) y presentados en un documento para su priorización.

### **Priorización de las conexiones entre activos y propuestas de acción**

Se inició esta última parte subrayando el sentido que tenía realizar un mapa de activos para la salud si éste se podía dinamizar en acciones concretas destinadas a promover la salud en el barrio y en transformar los entornos. Se recordó una vez más el balance de las dos miradas:

- la del modelo de activos para la salud, las potencialidades que hay en las personas, en el barrio, en la ciudad de Alzira y las conexiones entre los activos, los deseos de las personas del grupo y los talentos identificados;
- la del déficit: los problemas y necesidades que tiene el barrio.

Priorizar significa tomar decisiones, decidir por dónde empezar a actuar. Los criterios propuestos para priorizar la acción fueron:

- Situación. Las acciones han de partir del propio grupo, de las personas que lo conforman, de lo que son y hacen. Han de partir del Centro de Participación Ciudadana y del Proyecto RIU.
- Importancia del tema sobre el que se quiere actuar. La elección depende de:
  - que afecte a la raíz de muchos otros problemas: efecto multiplicador
  - que afecte a muchas personas
  - la gravedad de no hacer nada
- Capacidad de actuación propia: ¿Qué podemos hacer por nosotros mismos?
- Acciones realistas. Las acciones han de ser relativamente sencillas de llevar a cabo y con alta probabilidad de éxito. Se valoró que el control de la acción recayera preferentemente en el propio grupo y no dependiera de otros activos sobre los que no se dispone de capacidad de control o decisión.

Se propuso a los tres grupos que eligieran un único tema y una población teniendo en cuenta las conexiones realizadas, deseos y talentos pero también la priorización de necesidades realizada por los grupos de agentes de salud y profesionales.

### **Recogida de la información**

En relación al mapa de activos para la salud, el equipo investigador recogió por escrito los comentarios realizados por el grupo de participantes acerca del mapa, los desacuerdos que expresaron en relación a determinados activos y el consenso grupal al que se llegó.

Respecto a las conexiones entre activos y dinamización del mapa, se recogieron las fichas entregadas a las personas participantes con sus respuestas por escrito relativas a las conexiones entre activos, talentos del barrio y propuestas de acción. Así mismo, el equipo investigador tomó notas de los comentarios y aportaciones del grupo durante la puesta en común.

En relación a la priorización de conexiones entre activos y propuestas de acción teniendo en cuenta tanto las necesidades priorizadas (tema y población diana) como las conexiones entre activos, los talentos y las propuestas de acción, se recogieron por escrito las respuestas de cada uno de los subgrupos y se grabaron en audio con consentimiento previo las intervenciones de cada uno de ellos.

## **Análisis de la información**

La información recogida fue analizada por el equipo investigador según las siguientes categorías:

- Cambios a incorporar en el mapa de activos para la salud
- Las conexiones entre activos para la salud (según tipología y localización) que indicaron los distintos grupos de trabajo.
- Las propuestas de acción manifestadas por los grupos de trabajo para que L'Alquerieta sea un barrio más saludable
- Los talentos identificados en el barrio
- Las acciones priorizadas por cada uno de los grupos de trabajo teniendo en cuenta las necesidades priorizadas (tema y población diana)
- La propuesta de acción comunitaria priorizada por los tres grupos de trabajo y acordada por el conjunto de participantes.

## **ETAPA 3. DIFUSIÓN PÚBLICA DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DE L'ALQUERIETA**

Se siguió el mismo procedimiento que en el estudio del barrio de El Raval de Algemés.

## **ETAPA 4. DISEÑO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD BASADA EN LA DINAMIZACIÓN DE ACTIVOS**

El equipo investigador con el mapa de activos para la salud del barrio y la propuesta de acción priorizada en la dinamización de dicho mapa procedió al diseño de la intervención comunitaria a realizar en el barrio de L'Alquerieta en el contexto del Projecte RIU.

Se decidió que fuera el grupo de agentes de salud del Projecte RIU Alzira 3ª edición 2013-2014 quienes conjuntamente con el personal técnico de RIU, de servicios sociales

y de la fundación Cepaim del Centro de Participación Ciudadana de Alzira quienes diseñaran la intervención comunitaria, siguiendo los fundamentos del modelo de promoción de salud. El diseño de la acción se realizó en cuatro sesiones de trabajo de frecuencia semanal de unas 2.5 horas de duración cada una de ellas que se celebraron en el Centro de Participación Ciudadana.

En cada una de las sesiones, se contó con el mapa de activos para la salud para identificar los recursos de diferente tipo que podían ser conectados en el diseño, organización, preparación de la acción y en su difusión.

### **1ª sesión**

Se explican los objetivos de la acción como resultado de la dinamización del mapa de activos para la salud del barrio, los temas centrales sobre los que debe versar la acción y la decisión del equipo investigador de organizar una yincana como acción para trabajar dichos temas.

Se distribuye a las personas agentes de salud en tres pequeños grupos:

- Un grupo se centra en proponer posibles lugares del barrio en los que realizar las pruebas que formarán la yincana
- Dos grupos proponen las posibles pruebas que integrarán la yincana teniendo en cuenta los temas centrales de la acción

Pasado un tiempo, cada grupo presenta al resto las propuestas, se discuten las ventajas e inconvenientes de cada una y se hacen modificaciones alcanzando el acuerdo grupal. Se tienen en cuenta los siguientes criterios: que la acción desarrollara la priorización realizada en la dinamización del mapa, que sea divertida e interesante para la población diana, que sea fácil de realizar, que dependa del propio grupo convocado a la sesión, que pueda ser organizada y realizada en 2 meses (período marcado por el cronograma del proyecto) y que no requiera apenas de recursos económicos para su ejecución.

Se eligen los activos espacios físicos en los que se realizarán las pruebas. Por último, se identifican los temas pendientes para trabajar en la siguiente sesión.

## **2ª sesión**

Se recuerdan los acuerdos alcanzados en la primera sesión. En gran grupo se realizan aportaciones y sugerencias de mejora de cada una de las actividades y se decide entre todos los participantes su incorporación.

Se realiza para cada una de las actividades un listado de materiales necesarios para su ejecución.

Se elabora un listado de activos para la salud personas que pueden estar vinculados al desarrollo de cada actividad. Se utiliza el mapa de activos para hacer dicha propuesta.

## **3ª sesión**

A las personas participantes en las sesiones anteriores, se suman aquellos activos persona que fueron propuestos en la sesión anterior para vincularlos a la organización y/o desarrollo de la acción. Se informa de los acuerdos alcanzados en las sesiones anteriores.

Se explica el desarrollo de cada una de las pruebas y se facilita el material por escrito para su lectura fuera de la sesión y preparación previa a la realización de la yincana.

Se decide la distribución de los activos persona en las pruebas, en la organización de las mismas, en la preparación de los materiales y en la difusión de la acción. Se identifican activos de distintos tipos para la organización y difusión de la acción. Se distribuyen tareas entre todos los participantes de la sesión.

## **4ª sesión**

Se incorporan activos persona que no pudieron asistir a la sesión anterior. Se completan los temas tratados en la última sesión.

## **Recogida y análisis de la información**

En las sesiones de trabajo, se toman notas de los acuerdos alcanzados en el grupo. Al finalizar el proceso, se redacta el documento final con el diseño de la acción, la descripción de las diferentes actividades y los activos, según tipos y localización, que son conectados.

## CAPÍTULO 7

### RESULTADOS DEL ESTUDIO DE L'ALQUERIETA: DE LA ACCIÓN AL COMPROMISO

---

#### 7.1. Presentación de los resultados

En relación a los activos para la salud identificados por el grupo de agentes de salud, en primer lugar, se presentan en las tablas 40 y 41 los activos individuales y como grupo. Al igual que en el estudio de El Raval, se muestran resaltados en negrita aquellos activos que fueron referidos por más de una persona a fin de destacar la fuerza de estas ideas. A continuación, se muestra en las tablas 42 y 43 las razones atribuidas por las agentes de salud para considerarlos activos.

En segundo lugar, se muestran los activos identificados por agentes de salud e informantes clave en seis tablas, 44-49, según tipología de activos y localización territorial. Las tablas 50-55 recogen las razones atribuidas a dichos recursos para ser considerados activos. La tabla 56 muestra las razones que informantes clave atribuyen a las personas del barrio para ser consideradas activos.

En tercer lugar, se presentan los activos identificados por el grupo de profesionales, tablas 57-62 y las razones de su atribución 63-68.

En cuarto lugar, en las tablas 69-74, se muestran los activos para la salud identificados por toda la población participante (grupo de agentes de salud, informantes clave y grupo de profesionales) según categorías y localización territorial.

Finalmente, en la figura 15, se representa el mapa de activos para la salud del barrio de L'Alquerieta con las mismas características que el del barrio de El Raval. En este caso, se ha incluido además la categoría cultura que fue explorada únicamente en este estudio.

## 7.2. Resultados del estudio según etapas y fases

### ETAPA 1. ELABORACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS: RESULTADOS

#### 1ª Fase: Las personas agentes de salud identifican los activos

#### Activos para la salud de las personas agentes de salud a nivel individual y como grupo

La tabla 40 muestra los activos a nivel individual que el grupo identificó que poseían para mejorar su propia salud y la del barrio. Al igual que en el estudio de El Raval, se han organizado por categorías según tipo de competencia (actitudes, conocimientos y comportamientos o habilidades) y en negrita se resaltan aquellos que fueron más veces enumerados.

Tabla 40. Activos para la salud individuales de las personas agentes de salud, barrio L'Alquerieta

<b>Actitudes</b>			
<b>Ayudar a personas</b>	Enseñar a otros	Buscar ayuda	Responsable
Crítica con el barrio	Compromiso	Modelo de salud	
<b>Conocimientos</b>			
<b>Sobre salud</b>	<b>Información útil</b>	Civilización	Educación
Salud sexual	Alimentación		
<b>Comportamientos/habilidades</b>			
<b>Detectar carencias y necesidades</b>	<b>De comunicación con otras culturas y razas</b>	Saber hablar con la gente del barrio	Contactar con otras personas
Hacer talleres	Escuchar	Aconsejar	Trabajar en grupo
Dar soluciones	Informar		

La tabla 41 recoge los activos que las personas agentes de salud identificaron como grupo y que consideraron importantes para mejorar la salud del barrio. Igualmente, se han clasificado en categorías según el tipo de competencia y se han resaltado en negrita los que fueron citados más veces.

**Tabla 41. Activos para la salud grupales identificados por las personas agentes de salud, barrio L'Alquerieta**

<b>Actitudes</b>			
Eficacia	Sinceridad	Competente	Empeño en ser escuchada
Interés por los temas de salud	Ganas de aprender	Ser modelo de salud	Ganas de mejorar el barrio
Implicación con el barrio	Pertenencia al barrio	Responsabilidad	Unión entre agentes de salud
<b>Conocimientos</b>			
<b>Sobre salud</b>	Del barrio	Medios para conectar vecinos - profesionales	Preocupaciones y necesidades
<b>Habilidades</b>			
<b>Identificar carencias y/o problemas</b>	Comunicación en grupo	Comunicación con otras culturas y razas	Compartir el mismo entorno
Llegar a la gente del barrio	Ayudar		

Seguidamente, en las tablas 42 y 43 se presentan las razones que argumentaron las personas agentes de salud relativas al porqué consideran que son recursos importantes para mejorar su propia salud y la salud del barrio.

---

**Tabla 42. Razones atribuidas por las personas agentes de salud a sus propios activos individuales en la mejora de su propia salud y la del barrio de L'Alquerieta**

---

*"porque [los vecinos del barrio] vienen a casa más de lo que pensaba, porque soy una persona muy comprometida...me cruzo con mi vecina y le pregunto ¿cómo estás?, o veo un niño toser y le pregunto ¿lo has llevado al médico?, ¿le estás dando algo?,...intento siempre poner en práctica lo que he aprendido [como agente de salud]"*

*"porque intento poner en práctica lo que he aprendido como agente de salud"*

*" porque me siento capacitada de detectar las carencias/necesidades que existen en el barrio e intentar cambiarlas"*

*"porque soy una persona comprometida con mi barrio y eso es bueno porque siempre quiero ayudar a los demás"*

*"porque soy agente de salud, vivo en el barrio y quiero que todo cambie porque en el barrio nos conocemos todos y todos somos responsables de lo que ocurre en él"*

*"porque la gente del barrio es más familiar que en otros barrios, más que nada porque es lo que yo vivo"*

*"en la calle donde yo siempre he vivido nos conocemos de toda la vida,..., cuando estamos en la calle tomando el sol o tomando la fresca y salimos con la silla a la puerta comentamos pues he comido, ¿qué has comido?, contamos lo que hacemos y [damos consejo ayudando a los vecinos del barrio diciendo] pues puedes hacer esto o puedes hacer lo otro...igual como ellos te ayudan a ti"*

*"...yo intento dar talleres a la gente, porque lo que he aprendido en el taller [de anticonceptivos] a mí me gusta enseñar a la gente del barrio que pregunta y quiere saber más"*

*"porque a mí me enriquece mucho informar a los vecinos que piden ayuda y dicen: es que yo no sé que hacer,...para mí no es una obligación, es que me "nace" [ayudarles]"*

*"porque a mí me han dado esta información como agente [de salud] y deseo ayudar a la gente que me pregunta"*

---

**Tabla 43. Razones atribuidas por las personas agentes de salud a sus activos grupales para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

*"porque somos un grupo que nos hemos formado a conciencia... y eso nos permite identificar las carencias del barrio, y sobre todo conocemos cuales son los medios para poder llegar a la gente, además conocemos a los profesionales, al identificar los problemas sabemos dónde hay que derivar a cada individuo donde le corresponde"*

*"porque los que estamos [agentes de salud] estamos involucrados con el barrio en todos los sentidos"*

*"porque aunque cada uno tenemos nuestros problemas intentamos estar "a pie del cañón" y desinteresadamente"*

*"porque somos eficaces, sinceros, competentes, ponemos mucho empeño en que nos escuchen, nos gusta mucho el tema de la salud,...queremos que la gente del barrio cambie a mejor, se cuide y sea consciente de lo que hay que hacer en cada momento"*

*"porque somos un equipo"*

*"porque la formación que hemos tenido durante todo el curso, la unión que existe entre todo el grupo [de agentes de salud], la facilidad de palabra, la comunicación entre la gente de diferentes culturas y razas, [además] los agentes de salud vivimos en el mismo entorno, [por todo ello]...sabemos los que ocurre en el barrio, sus preocupaciones, sus necesidades,...tenemos todos el sentido de responsabilidad"*

*"porque somos capaces de pasar a la acción"*

**Activos para la salud personas, grupos o asociaciones, servicios e instituciones, espacios físicos e infraestructuras, economía local y cultura, para mejorar la salud del barrio**

Las tablas 44-49 muestran los activos para la salud identificados por el grupo de agentes de salud en las dinámicas grupales y en las entrevistas realizadas a la ciudadanía y profesionales.

Códigos de letras, número y colores utilizados en las tablas	
AS	Agentes de salud
c	Informante clave de la ciudadanía
p	Informante clave profesional
número	Nº de veces que es señalado el activo por cada grupo
	Activo identificado sólo por uno de los grupos
	Activo identificado por 2 de los grupos
	Activo identificado por los 3 de los grupos

**Tabla 44. Personas – activos para la salud identificadas por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
agentes de salud (AS)	vecinos y vecinas (AS)	monitor de minorías étnicas / técnico de vivienda (2AS, c)
trabajadora social (AS, p)	trabajadora social FUNDAR (AS, p)	Párroco (AS)
presidenta centro convivencia de personas mayores (AS)	profesorado IES (AS, c)	presidente asociación vecinos (AS)
directora escuelas infantiles municipales (AS)	farmacéutica (2AS, p)	educador (AS)
inspector obras y viviendas (AS)	dueño del quiosco (AS)	equipo técnico RIU (AS)
maestras escuelas infantiles (AS)	director colegio público (AS)	
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
agentes de salud (AS)	vecinos y vecinas (AS)	coordinador salud pública (AS, c)
profesorado escuelas infantiles (AS)	concejala servicios públicos (AS)	personal servicios sociales (AS)
profesorado colegios e institutos (2AS)	educadores (AS)	enfermera USSyR*** (AS, c)
matronas (AS, c)	médico (AS)	pediatra (AS)
especialistas hospital (AS)	personal salud pública (AS)	técnica INFODONA (AS)
abogada OAVD* (AS)	técnicos ADL** (AS,p)	
<b>Comarca de La Ribera</b>		
dueño carnicería halal en Algemesí (AS)		
<b>Otros ámbitos</b>		
personal investigador (AS)		

\*OAVD: Oficina de Atención a la Víctima del Delito

\*\*ADL: Agencia de Desarrollo Local

\*\*\* USSyR: Unidad de Salud Sexual y Reproductiva

**Tabla 45. Grupos o asociaciones – activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
asociación de vecinos (5AS, 3c)	Cáritas (4AS, 1 c)	grupo agentes de salud (2AS)
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
Cruz Roja (AS)	grupo de debate por la igualdad (AS)	
<b>Comarca de La Ribera</b>		
asociación musulmana de Algemés (AS)		
<b>Otros ámbitos</b>		
ACCEM, Valencia (AS)	Fundación Secretariado Gitano, Valencia (AS)	

**Tabla 46. Servicios e instituciones – activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
Centro de Participación Ciudadana – CPC (3AS, p, c)	PCPI peluquería en CPC (AS)	colegio público (3AS, c, p)
servicios sociales (3AS, 1c)	colegio concertado (AS)	farmacia (3AS, c)
cursos alfabetización en CPC (5AS, c)	IES público (2AS)	escuelas infantiles municipales (3AS)
centro de convivencia para personas mayores (AS)	iglesia (3AS, 3c, p)	
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
centros de salud (AS)	centro de salud pública (AS)	hospital (3AS, c)
SEAFI (p)	SERVEF (AS)	servicios sociales (AS, p)
colegios (3AS, c)	escuelas infantiles (AS)	UNED (2AS)
Bibliotecas (AS)	policía local (AS, c)	policía nacional (AS)
escuela pública de adultos (AS)	escuela de pintura (AS)	Gran Teatro (AS)
Casa de la Cultura (AS)	protección civil (AS)	ayuntamiento (AS)
Mezquita (AS)	iglesia evangélica (AS)	juzgados (AS)
Gasolineras (AS)	INSS (AS)	centros de convivencia de personas mayores (AS)
centro información juvenil (p)		
<b>Comarca de La Ribera</b>		
mezquita, Algemés (AS)	residencia mayores, Carlet (AS)	
<b>Otros ámbitos</b>		
Centro mujer 24 h, Valencia (AS)	Universidad Valencia (AS)	

**Tabla 47. Espacios físicos e infraestructuras – activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
parques infantiles y plazas (AS, 4c, p)	local de protección civil (AS)	
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
ciudad deportiva Jorge Martínez Aspar (AS)	paraje natural La Murta (AS)	
Parques (AS)	Piscina (AS)	polideportivos (AS)
<b>Comarca de La Ribera</b>		
monasterio de Aigües Vives (AS)		
<b>Otros ámbitos</b>		
BIOPARC, Valencia (AS)		

**Tabla 48. Economía local – activos para la salud identificados por el grupo de agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
ultramarinos (AS, c)	tienda multiprecio (AS)	Bar (AS)
carnicería (c)	horno (c)	bazar multiprecio (AS)
floristería (AS)		
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
centro comercial próximo (c)	tiendas multiprecio (AS)	hipermercado (AS)
cines (AS)	supermercados (AS)	hamburguesería (AS)
tiendas de deportes (AS)	tienda repuestos automóvil (AS)	restaurantes y bares (AS)
Pizzería (AS)	gasolineras (2AS)	Agencia Desarrollo Local (AS)
<b>Comarca de La Ribera</b>		
hipermercado (AS)	obra social entidades bancarias (AS)	
<b>Otros ámbitos</b>		

**Tabla 49. Cultura – activos para la salud identificados por agentes de salud e informantes clave (ciudadanía y profesionales), barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
fiestas patronales Sant Francesc (AS)	concurso de paellas (AS)	fiestas de Sant Joan (AS)
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
fiestas de Sant Bernat (AS)	fallas (c)	fiesta del cordero (AS)
ayuno musulmán, Ramadan (AS)		
<b>Comarca de La Ribera</b>		
<b>Otros ámbitos</b>		

Las razones que argumentan el grupo de agentes de salud y las personas informantes clave relativas al porqué consideran que son recursos importantes para mejorar el barrio se muestran en las tablas 50-56.

**Tabla 50. Razones atribuidas por las agentes de salud e informantes clave de los activos Personas identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta (1/3)**

**Personas – Barrio L'Alquerieta**

*“[trabajadora social] ayuda a la gente del barrio en sus problemas” ... “conoce necesidades, miedos, gustos, preferencias de la gente del barrio”*

*“porque al conocer directamente todas las necesidades de salud de los vecinos del barrio, puedo influir para mejorarlas”*

*“[educador] ayuda a los niños del barrio que tienen problemas, es educador...”*

*“[inspector de obras y vivienda, monitor minorías étnicas, técnico de vivienda] ayuda a la gente del barrio en las viviendas, en cosas de leyes, ...”, “ayuda a la gente del barrio”*

*“[trabajadora social de FUNDAR] organiza actividades de ocio para niños y mayores”, “mediación entre entidades y personas vinculadas con seguridad social, facilita y difunde información, interés por el barrio, realiza actividades de participación social, grupal e individual...”, “porque a través del centro de voluntariado Fundar de Alzira podemos llevar a cabo políticas de bienestar social del municipio, haciendo del centro un lugar facilitador y difusor de información”.*

*“[presidente de la asociación de vecinos] dirige a sus miembros, tiene capacidad para ayudar, influir, organizar, ...”, “para los payos del barrio de L'Alquerieta”.*

*“[párroco] te ayuda, aconseja, deriva a algún sitio donde puedes ir, ...”*

*“[maestras de las escuelas infantiles] dan información, aconsejan, aportan ideas a las madres, cómo puedes educar a tus hijos, cuando se han realizado talleres en la guardería han aportado ideas para las madres”*

*“[profesorado del IES público] educan a los jóvenes*

*“[director del colegio público] pretendemos que sea un colegio como otro de Alzira y lo hacemos desde la normalidad*

*“[farmacéutica] facilitamos el cumplimiento terapéutico, aconsejando al paciente en todas sus dudas, porque salen del médico y nosotros les ayudamos en todo lo que podemos intentando que cumplan el tratamiento como debe ser”, “es una persona especialista en salud y de alguna manera puede ayudar a mejorar en esas cosas”*

*“[dueño del quiosco] “pues al estar vendiendo pan, comida, golosinas y revistas te relacionas con mucha gente de todo tipo y edad y llegas a conocer la problemática de cada uno de ellos e intentas ayudarles en la medida de lo posible,...., intento tener cosas saludables y asequibles a los bolsillos de la gente, que eso también influye”*

*“[técnica Agencia de Desarrollo Local] nacida en L'Alquerieta, ... es una persona muy trabajadora, con capacidad de trabajo y capacidad de solucionar problemas, ... a través de la experiencia y la formación se ha convertido en una gran profesional...”*

*“[vecina] cuando hay un problema en la familia ... cuando no tienen dinero, tienen un problema, ...acuden a ella, ... ayuda económicamente a la familia...”*

*“[vecina] facilita información y consejo a las personas del barrio, hace hincapié en la limpieza de la casa y de la calle, higiene y educación de los niños, fomentar relaciones entre personas de distinta cultura, comunica que hay que tener buena conducta hacia los mayores y no tan mayor, cuidado de la apariencia (que no vayan en pijama), los niños tienen que ir al colegio, ayuda a la familia, a personas amigas, ... consejo e información sobre salud sexual y reproductiva, revisiones ginecológicas, ... interés de ayudar...”*

---

**Tabla 50. Razones atribuidas por las agentes de salud e informantes clave de los activos Personas identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta (2/3)**

---

*“[vecino] consejo a sus familiares, no da dinero a gente joven para drogas, habla con ellos (jóvenes) para concienciación, ofrece posibilidad de comer a gente necesitada”*

*“[vecina] participa activamente en el cuidado y mantenimiento del barrio”*

*“[vecina] respeto a las personas y el medio ambiente, recicló y lo enseñó a mis hijos, me desplazo por Alzira a pie, así no contamina con el coche, ayudar a personas que lo necesitan y enseñar a mis hijos para que lo hagan”*

*“[vecina] cuido el entorno que me rodea, procuro no ensuciar y mantener la limpieza de las calles y casa”*

*“[vecina] le gusta cuidar del entorno en el que vive y le gusta mucho la limpieza y convencer a sus vecinos de ello”*

*“[vecina] porque ayudo a las personas que puedo”*

*“[vecino] capacidad para participar en actos sociales, ofrecerme voluntario para ayudar con lo que tenga”*

*“[vecina] ayudar a la gente según mis posibilidades, hablar con la gente...”*

*“[equipo técnico RIU] ayudan a la gente en todo, vienen de Valencia, dan información, ayudan a formar a personas como agentes de salud...”*

#### **Personas – Resto de Alzira**

---

*“[agentes de salud] capacidad para ayudar a las personas, especialmente a la población árabe y rumana, traductoras, ...”*

*“[profesionales de la salud, médico, pediatra, enfermera USSR, matronas] ayudan a cuidar la salud de las personas ... hace un esfuerzo para ayudar a personas de otras culturas..., facilita la comunicación con el paciente y el conocimiento del medio donde viven, sabe la situación del barrio porque su gente se lo comenta en consulta”, “porque en la consulta [pediátrica] puedo difundir recomendaciones básicas sanitarias”*

*“[abogada de la Oficina de Atención a la Víctima del Delito] ayuda e informa, sitio donde una mujer maltratada puede recibir información, orientación y ayuda”*

*“[concejala de servicios públicos] ayuda a buscar trabajo a personas que acuden solicitando ayuda”*

*“[técnica de INFODONA] ayuda a hacer el currículum vitae, da información, dónde puedes acudir a entregarlo, ... envió información sobre posibles ofertas de trabajo, ... colaboración en el Proyecto RIU, ...”*

*“[profesorado de centros educativos] preparados para educar a los jóvenes, algunos tienen ganas, tienen el don de prestar atención, ... otros son pasotas, desde sus actividades tienen que ser activos en salud...”*

*“[coordinador de salud pública] aunque conoce poco el barrio de L'Alquerieta, su trabajo en salud pública facilita la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a nivel poblacional”*

*“trabajar en la salud pública me permite promocionar la salud y prevenir la enfermedad”*

---

---

**Tabla 50. Razones atribuidas por las agentes de salud e informantes clave de los activos Personas identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta (3/3)**

---

*“[personal técnico de la Agencia de Desarrollo Local] tenemos una vía para que el ciudadano mejore su inserción laboral, damos información e intermediación para montar empresas, hacer cursos, etc a toda persona interesada. ...Porque la gente viene aquí un poco perdida, le hace falta que le echen un cable para encontrar trabajo, montar una empresa o para formarse”*

**Personas – Comarca de La Ribera**

*“[dueño de la carnicería halal en Algemés] muy buena carne, muy barata, muy limpio todo...”*

---

**Tabla 51. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Grupos o Asociaciones identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

**Grupos o Asociaciones – Barrio L'Alquerieta**

*“[asociación de vecinos] informan a los vecinos, a un sector de vecinos, organizan encuentros culturales en el barrio, paellas, fiestas, ...”, “les resuelven los problemas, intento de los vecinos de mejorar el aspecto de sus casas, calles y comercios, organizan actos. Porque te orientan sobre cosas buenas y malas del barrio”*

*“[Cáritas] reparten comida y ropa a gente que lo necesita”*

*“[grupo de agentes de salud] ayudan a la gente del barrio, les informan, están preparados para ello”*

**Grupos o Asociaciones – Resto de Alzira**

*“[Cruz Roja] reparte comida y ropa a la gente”*

*“[Grup de debat per la igualtat] personas voluntarias que se reúnen para debatir sobre un libro, un video-forum...”*

**Grupos o Asociaciones – Comarca de La Ribera**

*“[asociación musulmana de Algemesí] información sobre la cultura árabe, la religión musulmana, aclaran dudas...”*

**Grupos o Asociaciones – Otros lugares**

*“[ACCEM, Valencia] ayudan a refugiados, inmigrantes, ... facilitando vivienda, ayudas para alimentación, asesoría legal, ...”*

*“[Fundación Secretariado Gitano, Valencia] ayuda a la población gitana”*

**Tabla 52. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Servicios e Instituciones identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta (1/2)**

**Servicios e Instituciones – Barrio L'Alquerieta**

*“[Escuelas infantiles] educación a los niños, orientan a las madres y padres*

*“[Centro de convivencia de mayores] actividades para trabajar la memoria, ocio, juegos, ejercicio físico, baile, ...”*

*“[Colegio público] educan a los niños, si no tienen libros se los facilitan”, “aunque sé que las relaciones a veces son difíciles pero hay que ganar en promoción de la salud porque muchas de las iniciativas empiezan allí”, “porque enseña a los niños del barrio la higiene tanto ambiental como personal”*

*“[Centro de Participación Ciudadana – CPC] el voluntariado a través de las actividades para público infantil y ludoteca”, “porque puedes ir a preguntar a los profesionales que trabajan allí” “cursos para jóvenes, actividades para niños, ayudan a la gente a arreglar papeles, les orientan”*

*“[Curso PCPI de peluquería en CPC] ayuda a los jóvenes a formarse para poder tener un oficio”*

*“[Cursos de alfabetización en CPC] ayuda a la gente a que aprenda castellano, escriba, ... “*

*“[Servicios sociales] con todos los servicios que se ofrecen para ayudar a las personas: servicios sociales, actividades culturales, ...”, “ayudan a las personas necesitadas, aconsejan que nos comportemos y tengamos una relación con otras personas que no son del barrio”*

---

*“[Farmacia] ayuda a la gente que no ha ido al médico” “porque puedes ir a consultar a los profesionales que trabajan ahí de cualquier duda que tengas”*

*“[Iglesia] celebraciones, actos religiosos, bodas, comuniones, bautizos,...” “colabora con Cáritas, los vecinos participan a través de donaciones de alimentos, juguetes, ropa, ...”*

---

#### **Servicios e Instituciones – Resto de Alzira**

*“[Centro de Salud Pública] programas de promoción de salud y prevención de enfermedades (entre ellos, el Projecte RIU)*

*“[Centro de Información Juvenil] actividades de lectura, de ocio, .. cosas que interesan a los jóvenes, es un punto de encuentro”*

*“[Hospital, centro de salud] servicios de salud, atención a la salud”*

*“[Bibliotecas] para que la gente se culturice más”*

*“[Casa de la Cultura] hacen actividades”*

*“[Ayuntamiento] facilitan trabajo, información, ...”*

*“[SERVEF] cursos de formación, trabajo.”*

*“[Servicios sociales] porque cada una de los profesionales participan o han participado en la confección de la intervención social”*

*“[Gran Teatro] hacen actividades, obras de teatro, representaciones y actuaciones de los colegios”*

*“[Policía local y Nacional Protección Civil] seguridad y orden, cuando les llamas vienen pronto”*

*“[Instituto Nacional de la Seguridad Social] trámites para el aseguramiento”*

---

#### **Tabla 52. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Servicios e Instituciones identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta (2/2)**

---

*“[Escuela Pública de Adultos] formación a personas mayores de edad”*

*“[UNED] continuidad de estudios de bachiller y universitarios a distancia”*

*“[SEAFI] ofrece información a jóvenes y familiares”*

---

#### **Servicios e Instituciones – Comarca de La Ribera**

*“[mezquita de Algemesí] encuentros culturales, lugar para enseñar castellano, leer el Corán, ...”*

---

#### **Servicios e Instituciones – Otros lugares**

*“[Centro mujer 24 horas, Valencia] ayuda a mujeres víctimas de maltrato”*

*“[Universidad de Valencia] educación”*

---

---

**Tabla 53. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos  
Espacios físicos e Infraestructuras identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

**Espacios físicos e Infraestructuras– Barrio L'Alquerieta**

*“[Parques infantiles y plazas] lugar donde hacen ejercicio, juegan y se divierten los niños”, “juegan, se distraen en él”, “es una distracción para los niños, sirve de reuniones para las madres que les permite conversar”*

*“[Local de Protección Civil] local de reunión (fuera y dentro)”*

*“[Parroquia] colabora con Cáritas, los vecinos participan a través de donaciones de alimentos, juguetes, ropa, ...”*

**Espacios físicos e Infraestructuras – Resto de Alzira**

*“[Paraje natural La Murta] espacio natural, deportivo”*

**Espacios físicos e Infraestructuras– Comarca de La Ribera**

*“[Monasterio de Aigiües Vives] ubicado en la montaña, lugar de visita cultural, espacio para celebraciones, ...”*

**Espacios físicos e Infraestructuras – Otros lugares**

*“[BIOPARC, Valencia] lugar de entretenimiento”*

---

---

**Tabla 54. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Economía Local identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

**Economía local– Barrio L'Alquerieta**

*“[comercios, bares y restaurantes] por su proximidad”*

**Economía Local – Resto de Alzira**

*“[comercios, bares, restaurantes, centro comercial próximo] negocios más grandes con capacidad para generar empleo”*

*“[cines] punto de encuentro para los jóvenes”*

*“[gasolineras] genera trabajo”*

*“[Agencia de Desarrollo Local – ADL] ayudan en la búsqueda de empleo, se realizan cursos de formación,...”*

**Economía Local– Comarca de La Ribera**

*“[Obra social de entidades bancarias] facilitar dinero a entidades para impulsar proyectos en los barrios”*

---

---

**Tabla 55. Razones atribuidas por el grupo de agentes de salud e informantes clave de los activos Cultura identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

**Cultura– Barrio L'Alquerieta**

*“[fiestas de Sant Francesc, concurso de paellas] “momento del año en que se reúnen los vecinos del barrio”*

*“[fiestas de Sant Joan] fiestas señaladas de reunión familiar y social especialmente para población gitana”*

**Cultura – Resto de Alzira**

*“[ayuno en la religión musulmana – Ramadan] salud y purificación, puesta a punto del cuerpo, prevención de enfermedades... permite a las personas situarse en el lugar de otras pobres y entender la situación que viven cuando no tienen comida o no pueden beber... las personas contribuyen económicamente con cinco euros que entregan en la mezquita o a personas pobres”*

*“[Fiesta del cordero] se relacionan y reúnen las familias, se da comida a familias que no tienen recursos”*

*“[fallas] se junta mucha gente”*

*“[fiestas de Sant Bernat] fiestas culturales”*

---

La tabla 56 recoge los argumentos referidos por las personas informantes clave entrevistadas en relación a los aspectos positivos que tienen las personas del barrio de L'Alquerieta y pueden ser importantes para mejorar la salud del barrio.

---

**Tabla 56. Argumentos referidos por las personas informantes clave en relación a los aspectos positivos que las personas del barrio de L'Alquerieta para mejorar la salud**

---

*"porque en la consulta [pediátrica] te enseñan costumbres y cuidados sanitarios de su cultura, que nos ayuda a comprender mejor su forma de vida así como modificar las conductas y costumbres que no son positivas para los niños (hábitos saludables)".*

*"porque las personas del barrio, al conocer primero las necesidades de salud del barrio, tienen iniciativa para mejorarla, se nota mucho el cambio en la población femenina, sobre todo en la gitana que toma el control de su vida y no depende tanto de su marido, incluso empieza a decidir el número de hijos que quiere tener y con quien quiere compartir su vida..."*

*"las personas del barrio tienen multitud de aspectos positivos, aunque en ocasiones solo parece que existan o prevalezcan los negativos.... Saber que hay personas e instituciones que en determinada forma, te avalan o te protegen también conforma y tranquiliza las mentes de las personas dándote mayor estabilidad".*

*"porque a través de las personas del barrio se puede difundir las recomendaciones sanitarias básicas que se comentan en la consulta"*

*"un intento por parte de los vecinos de mejorar el aspecto de sus casas, calles y comercios"*

*"un mayor control de la natalidad, lo que facilita que las familias puedan atender mejor a sus hijos"*

*"pues que se preocupan de la gente, que si pueden te ayudan la mayoría,..., son vecinos que se conocen de toda la vida y por eso se tienen aprecio, que se apoyan en lo bueno y en lo malo, y da igual que sean gitanos o payos"*

*"[L'Alquerieta] tiene la ventaja que hay un núcleo importante de casas familiares individuales, que de alguna manera permite un contacto entre los vecinos diferente al que se da a lo mejor en otros entornos, en otras partes de la ciudad donde en un edificio hay muchas puertas [no abiertas], [por ejemplo] a la gente se le ve sola en el ascensor ..."*

*"dentro del barrio hay gente que quiere normalidad, levantarse, llevar a los niños al colegio y trabajar"*

*"no es lo mismo una persona que vive en L'Alquerieta que otra que viven en la Av de la Hispanidad, por un sin fin de cosas, ..., ya no solo por donde vive o por su nivel socioeconómico, sino por el hecho de vivir experiencias diferentes en sitios diferentes te hace ser una persona más rica y eso se puede aportar cuando te enviamos a una empresa o hacer un curso"*

---

## 2ª Fase: La red intersectorial de profesionales identifica los activos

Las tablas 57-62 muestran los activos identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial.

**Tabla 57. Personas – activos para la salud identificadas por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
monitor de minorías étnicas-técnico de vivienda	trabajadora social	trabajadora social de FUNDAR
presidenta centro de convivencia mayores	voluntario centro de convivencia mayores	directora escuelas infantiles municipales
presidente asociación de vecinos educadores	ex-presidente asociación vecinos voluntaria de Cáritas	coordinadora fundación Cepaim presidenta de la Falla
presidente comisión de fiestas Sant Francesc	párroco	agentes de salud*
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
coordinador salud pública	responsable servicios sociales	concejales y concejalas
técnica en Agencia Desarrollo Local	profesorado escuelas infantiles	trabajadora social centro salud
enfermera USSR		
<b>Comarca de La Ribera</b>		
<b>Otros ámbitos</b>		
técnico fiscalía de menores		

\* incorporado en la fase de dinamización

**Tabla 58. Grupos o asociaciones – activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
asociación de vecinos	comisión de fiestas Sant Francesc	falla
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
Asociación Dones Progresistes	grupo senderista Baladre	Cruz Roja
AMPAS	club de cine	club de jazz
sociedad musical	comisión de fiestas	Cáritas - economato
<b>Comarca de La Ribera</b>		
asociación de colombicultura		
<b>Otros ámbitos</b>		
Fundación Cepaim		

**Tabla 59. Servicios e instituciones – activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
Centro de Participación Ciudadana- CPC	servicios sociales	colegio público
colegio concertado	parroquia	curso PCPI peluquería en CPC
Instituto	gasolinera	farmacia
escuela de fútbol	escuelas infantiles municipales	
protección civil		
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
servicios sociales	centro de salud pública	centros de salud*
SERVEF- SEPE	juzgados	Tesorería General Seguridad Social
INSS	hacienda	sindicatos
escuela de danzas y música tradicional	mancomunidad	
INFODONA		
<b>Comarca de La Ribera</b>		
<b>Otros ámbitos</b>		
protectora de animales		
*incorporado en la fase de dinamización		

**Tabla 60. Espacios físicos e infraestructuras – activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
parques infantiles	local de Protección Civil	campos de naranjas
plaza Menéndez Pelayo	jardín del CPC	plaza Sagrada Familia
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
paraje natural de La Murta	paraje natural La Casella	paraje Muntanyeta de San Salvador
Campos Racing (motor)	ciudad deportiva Jorge Martínez Aspar	
<b>Comarca de La Ribera</b>		
Ruta de los monasterios	Vía Augusta (senderismo)	
<b>Otros ámbitos</b>		
Camino de Santiago		

**Tabla 61. Economía Local- activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
tiendas del barrio	bares y restaurante	campos de naranjas
concesionario de coches	economato parroquia	tiendas
Temporeros	empresa de trabajo temporal	fábrica de escayola
oficina entidad bancaria		
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
Artesanía	industria	pequeños comercios
grandes almacenes	hostelería	Agencia de Desarrollo Local
<b>Comarca de La Ribera</b>		
Turismo		
<b>Otros ámbitos</b>		

**Tabla 62. Cultura- activos para la salud identificados por el grupo de profesionales de la red intersectorial, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
fiestas patronales Sant Francesc	concurso de paellas	fiestas de Sant Antoni
Falla		
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
Fallas	fiestas de Sant Bernat	comisión de fiestas y programa cultural de partidas de Alzira
<b>Comarca de La Ribera</b>		
<b>Otros ámbitos</b>		

En las tablas 63-68 se presentan las razones argumentadas por el grupo de profesionales para considerar los recursos identificados como activos para la salud del barrio, según tipos.

---

**Tabla 63. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Personas identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

---

**Personas – Barrio L'Alquerieta**

*“[personas referidas] conocidos por todos, a los que acude la gente, dentro del área en la que se mueve cada uno de ellos, todos son gente de referencia”*

---

**Personas- Resto de Alzira**

*“[personas referidas] trabajan directamente en el barrio, aportan información, interés continuado y permanente en el barrio, aportan iniciativas, teorizan y estudian circunstancias del barrio”*

*“[coordinador salud pública] está enlazado y comprometido con el Projecte RIU en Alzira”*

*“[trabajadora social del centro de salud] colaboradora del mundo sanitario, relacionada con problemas de los menores, es una mujer próxima a la gente”*

*“[enfermera de la USSR] referente en el barrio, entre las mujeres, ha trabajado en L'Alquerieta”*

---

**Personas – Otros lugares**

*“[técnico de la oficina de fiscalía de menores] implicación legal, mantiene contacto directo con la fiscal para que colabore e intente controlar los asuntos de menores y el absentismo”*

---

---

**Tabla 64. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Grupos o Asociaciones identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

---

**Grupos o Asociaciones – Barrio L'Alquerieta**

*“[grupos y asociaciones referidos] presencia en el barrio, que le da dinamismo, en la vida social y comunitaria, así como en su mejora”,*

---

**Grupos o Asociaciones- Resto de Alzira**

*“[grupos y asociaciones referidos] denunciar carencias y mejoras en temas de salubridad, educativo de la gente del barrio,...”*

*“[asociación Dones Progressistes] son abogadas, cuando hay problemas de agresión, de violencia de género”*

---

**Grupos o Asociaciones – Otros lugares**

*“[fundación Cepaim] subvenciones, proyectos globales que financian programas y actividades”*

*“[asociación de colombicultura] por la unión y buena relación que existe entre los que sostienen la asociación, comparten aficiones entre sus miembros [interés en el barrio, sobre todo por los hombres]*

---

---

**Tabla 65. Razones atribuidas por el grupo de profesionales a los activos Servicios e Instituciones identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

**Servicios e Instituciones – Barrio L'Alquerieta**

*“[servicios sociales y Centro de Participación Ciudadana] ofrece servicios de orientación, formación, inserción, ocupación, etc.*

*“[parroquia] por su función social en cuanto ayudar, al margen de la religiosa, en algunas ocasiones adelantan el dinero de los recibos de la luz”*

*“[colegios] por la formación que aportan a los niños, educación”*

*“[escuelas infantiles municipales] ofrece independencia a las mujeres del barrio para que se socialicen más o busquen trabajo”*

*“[protección civil] punto de reunión de padres, niños, la fusión de convivir en un grupo, los niños hacen deporte, disciplina, horarios, ...”*

*“[farmacia] facilita medicamentos incluso sin dinero”*

**Servicios e Instituciones - Resto de Alzira**

*“[sindicatos] por sus acciones de formación y orientación en el empleo”*

*“[SERVEF-SEPE y Mancomunidad] porque ofrecen ayuda profesional, ayuda a la inserción, clasificación, búsqueda de trabajo”*

*“[centro de salud] por la atención médica en el propio municipio, da asistencia a la población”*

*“[Cruz Roja] por el banco de alimentos”*

*“[hacienda, juzgado, TGSS, INSS] todos ellos por el servicio de participación y reunión”*

---

---

**Tabla 66. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Espacios Físicos e Infraestructuras identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

**Espacios físicos e Infraestructuras – Barrio L'Alquerieta**

*“[jardín del CPC] espacio verde que relaciona a la gente del barrio [en las tareas de mantenimiento participan jóvenes que realizan trabajos en beneficio de la comunidad]*

*“[plazas del barrio] lugares de juego para la población infantil, lugares de reunión*

**Espacios físicos e Infraestructuras - Resto de Alzira**

*“[ciudad deportiva Jorge Martínez Aspar] promueve el deporte”*

*“[campos de naranjas] delimitan la zona inferior del barrio, los han arrancado y ocupa un proyecto para habilitarlo como zona deportiva”*

*“[La Murta, La Casella, La Muntanyeta de San Salvador] zonas verdes que caracterizan e identifican la comarca, facilitan la vida saludable y el deporte”*

**Espacios físicos e infraestructuras – Comarca y otros lugares**

*“[Ruta de los monasterios, la Via Augusta y el Camino de Santiago] rutas que pasan por esta zona y promueven la vida saludable”*

---

---

**Tabla 67. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Economía local identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

**Economía local– Barrio L'Alquerieta**

*“[comercios y pequeñas empresas] por su proximidad, por la ayuda entre el dueño y la persona que compra que va por su confianza”, “entre vecinos se ayudan”*

*“[empresa de trabajo temporal] ofrece trabajo a la población”*

*“[Cáritas- economato] la gente compra por menos dinero”*

*“[temporeros] se reúnen en cuadrilla para buscar trabajo en la localidad”*

*“[gasolinera] por la contratación de puestos de trabajo, generando empleo”*

*“[oficina entidad bancaria] puede ayudar a la creación del pequeño comercio del barrio”*

*“[campos de naranjas] capacidad para generar empleo”*

**Economía local - Resto de Alzira - Comarca**

*“[grandes almacenes, industria, hostelería, pequeños comercios, artesanía y turismo] porque todos ellos pueden generar ocupación”*

---

**Tabla 68. Razones atribuidas por el grupo de profesionales de los activos Cultura identificados para mejorar la salud del barrio de L'Alquerieta**

<b>Cultura– Barrio L'Alquerieta</b>
<i>“[fiestas de Sant Francesc, Sant Antoni, Sant Bernat] porque fomentan la convivencia”</i>
<i>“[concurso de paellas, falla] promueven la relación entre la población del barrio”</i>
<b>Cultura - Resto de Alzira</b>
<i>“[comisión de fiestas y programa cultural de partidas de Alzira] organiza que cada barrio tenga sus fiestas, para que continúe la tradición en el barrio”</i>

Finalmente, las tablas 69-74 muestran los activos identificados por todos los grupos según tipo de activos y localización. En la leyenda, se muestran los códigos, letras y colores utilizados en las tablas para diferenciar los activos señalados por cada uno de los grupos, el número de veces que ha sido citado y si han sido señalados por uno o varios grupos.

Códigos de letras, número y colores utilizados en las tablas	
AS	Agentes de salud
c	Informante clave de la ciudadanía
p	Informante clave profesional
GP	Grupo de profesionales
número	Nº de veces que es señalado el activo por cada grupo
	Activo identificado sólo por uno de los grupos
	Activo identificado por 2 de los grupos
	Activo identificado por 3 de los grupos
	Activo identificado por 4 de los grupos

**Tabla 69. Personas – activos para la salud identificadas por agentes de salud, informantes clave y grupo profesionales, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
agentes de salud (AS, GP)	vecinos y vecinas (AS)	monitor de minorías étnicas / técnico de vivienda (2AS, c, GP)
trabajadora social (AS, p, GP)	trabajadora social FUNDAR (AS, p, GP)	párroco (AS, GP)
presidenta centro convivencia de personas mayores (AS, GP)	voluntario centro convivencia de personas mayores (GP)	presidente asociación vecinos (AS, GP)
directora escuelas infantiles municipales (AS, GP)	farmacéutica (2AS, p)	educador (AS, GP)
inspector obras y viviendas (AS)	dueño del quiosco (AS)	equipo técnico RIU (AS)
maestras escuelas infantiles (AS)	director colegio público (AS)	profesorado IES (AS, c)
coordinadora fundación Cepaim (GP)	presidente comisión de fiestas Sant Francesc (GP)	presidenta de la Falla (GP)
voluntaria Cáritas (GP)		
<b>Resto del municipio- Alzira</b>		
agentes de salud (AS)	vecinos y vecinas (AS)	coordinador salud pública (AS, c, GP)
profesorado escuelas infantiles (AS, GP)	concejala servicios públicos (AS) concejalas y concejales (GP)	personal servicios sociales (AS) y responsable (GP)
profesorado colegios e institutos (2AS)	educadores (AS)	enfermera USSR (AS, c, GP)
matronas (AS, c)	médico (AS)	pediatra (AS)
especialistas hospital (AS)	personal salud pública (AS)	técnica INFODONA (AS)
abogada OAVD (AS)	técnicos ADL (AS, p, GP)	trabajadora social centro salud (GP)
<b>Comarca de La Ribera</b>		
dueño carnicería halal en Algemesí (AS)		
<b>Otros ámbitos</b>		
técnico fiscalía menores (GP)	personal investigador (AS)	

**Tabla 70. Grupos o asociaciones- activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
asociación de vecinos (5AS, 3c, GP)	Cáritas (4AS,1 c)	grupo agentes de salud (2AS)
Comisión de fiestas Sant Francesc (GP)	Falla	
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
Cruz Roja (AS, GP)	grupo de debate por la igualdad (AS)	Asociación Dones Progressistes (GP)
grupo senderista Baladre (GP)	AMPAS (GP)	club de cine (GP)
club de jazz (GP)	sociedad musical (GP)	comisión de fiestas (GP)
Cáritas- economato (GP)		
<b>Comarca de La Ribera</b>		
asociación musulmana de Algemesí (AS)	asociación de colombicultura (GP)	
<b>Otros ámbitos</b>		
ACCEM, Valencia (AS)	Fundación Secretariado Gitano, Valencia (AS)	Fundación Cepaim, Valencia (GP)

**Tabla 71. Servicios e Instituciones – activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
Centro de Participación Ciudadana – CPC (3AS, p, c, GP)	PCPI peluquería en CPC (AS, GP)	colegio público (3AS, c, p, GP)
servicios sociales (3AS, 1c, GP)	colegio concertado (AS, GP)	farmacia (3AS, c, GP)
cursos alfabetización en CPC (5AS, c)	instituto (2AS, GP)	escuelas infantiles municipales (3AS, GP)
centro de convivencia para personas mayores (AS)	iglesia (3AS, 3c, p, GP)	gasolinera (GP)
escuela de fútbol (GP)	protección civil (GP)	
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
centros de salud (AS, GP)	centro de salud pública (AS, GP)	hospital (3AS, c)
SEAFI (p)	SERVEF (AS, GP)	servicios sociales (AS, p, GP)
colegios (3AS, c)	escuelas infantiles (AS)	UNED (2AS)
bibliotecas (AS)	policía local (AS, c)	policía nacional (AS)
escuela pública de adultos (AS)	escuela de pintura (AS)	Gran Teatro (AS)
Casa de la Cultura (AS)	protección civil (AS)	ayuntamiento (AS)
mezquita (AS)	iglesia evangélica (AS)	juzgados (AS, GP)
gasolineras (AS)	INSS (AS, GP)	TGSS (GP)
hacienda (GP)	escuela de danzas y música tradicional (GP)	mancomunidad (GP)
Infodona (GP)	centros de convivencia de personas mayores (AS)	centro de información juvenil (p)
<b>Comarca de La Ribera</b>		
mezquita, Algemesí (AS)	residencia mayores, Carlet (AS)	
<b>Otros ámbitos</b>		
Centro mujer 24 h, Valencia (AS)	Universidad Valencia (AS)	

**Tabla 72. Espacios físicos e Infraestructuras- activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
parques infantiles y plazas (AS, 4c, p, GP)	local de protección civil (AS, GP)	campos de naranjas (GP)
jardín del CPC (GP)		
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
Ciudad deportiva Jorge Martínez Aspar (AS, GP)	paraje natural La Murta (AS, GP)	centros de convivencia de personas mayores (AS)
parques (AS)	piscina (AS)	polideportivos (AS)
paraje natural La Casella (GP)	paraje Muntanyeta de San Salvador (GP)	Campos Racing (motor)
<b>Comarca de La Ribera</b>		
monasterio de Aigües Vives (AS)	Ruta de los monasterios (GP)	Vía Augusta (senderismo)
<b>Otros ámbitos</b>		
BIOPARC, Valencia (AS)	Camino de Santiago (GP)	

**Tabla 73. Economía local- activos para la salud identificados por el grupo de agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
ultramarinos (AS, c, GP)	tienda multiprecio (AS, GP)	bar (AS, GP)
carnicería (c, GP)	horno (c, GP)	bazar multiprecio (AS)
floristería (AS)	campos de naranjas (GP)	economato parroquia (GP)
temporeros (GP)	empresa trabajo temporal (GP)	fábrica de escayola (GP)
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
centro comercial próximo (c)	tiendas multiprecio (AS)	hipermercado (AS, GP)
cines (AS)	supermercados (AS)	hamburguesería (AS)
tiendas de deportes (AS)	tienda repuestos automóvil (AS)	restaurantes y bares (AS)
pizzería (AS)	gasolineras (2AS)	Agencia Desarrollo Local (AS, GP)
<b>Comarca de La Ribera</b>		
hipermercado (AS)	obra social entidades bancarias (AS)	turismo
<b>Otros ámbitos</b>		

**Tabla 74. Cultura- activos para la salud identificados por agentes de salud, informantes clave y el grupo de profesionales, barrio de L'Alquerieta**

<b>Barrio L'Alquerieta</b>		
fiestas patronales Sant Francesc (AS, GP)	concurso de paellas (AS, GP)	fiestas de Sant Joan (AS)
falla (GP)	fiestas de Sant Antoni (GP)	
<b>Resto del municipio – Alzira</b>		
fiestas de Sant Bernat (AS, GP)	fallas (c, GP)	fiesta del cordero (AS)
ayuno musulmán, Ramadan (AS)	comisión de fiestas y programa cultural de partidas Alzira (GP)	
<b>Comarca de La Ribera</b>		
<b>Otros ámbitos</b>		

### **3ª Fase: El equipo investigador construye el mapa de activos para la salud**

El equipo investigador realizó una representación gráfica en papel de los activos para la salud identificados según tipología y localización geográfica.

La representación del mapa de activos para la salud en *Google Earth*® contribuyó a la alfabetización digital de las personas agentes de salud ya que, incluso dos de ellas (dos mujeres españolas gitanas de mediana edad) que no disponían apenas de conocimientos básicos en el manejo de ordenadores, participaron junto con el resto del grupo en la geolocalización de activos. La herramienta fue útil para visibilizar el trabajo realizado con responsables políticos y directivos pero para las sesiones de dinamización del mapa de activos se prefirió la versión impresa en papel.

Los activos para la salud identificados por las agentes de salud, personas entrevistadas y profesionales de la red, ubicados en el barrio de L'Alquerieta y en el resto del municipio, se presentan en la figura 15. Los activos que se localizan en el resto de la comarca de La Ribera o en otros lugares no se han recogido en el gráfico.



## **ETAPA 2. DINAMIZACIÓN DEL MAPA DE ACTIVOS**

### **De la presentación del mapa de activos para la salud a la población participante**

En primer lugar, uno de los aspectos interesantes tratados fue que el grupo de profesionales no identificó inicialmente la asistencia sanitaria como un activo para la salud. Los profesionales manifestaron no haberlo referido inicialmente en los grupos de trabajo por la posible influencia del modelo de los determinantes sociales de la salud (explicado en la sesión inicial sobre el modelo de activos) y en el que los servicios de salud tienen un menor peso a la hora de influir en la salud de la población si se compara con otros determinantes estructurales, como por ejemplo, las políticas macroeconómicas o el trabajo. No obstante, fue reconocido como un activo para la salud e incluido en el mapa.

En segundo lugar, otro de los aspectos referidos fue que las personas agentes de salud tampoco fueron inicialmente identificadas por el grupo de profesionales como activos. Se cuestionó la falta de reconocimiento social que les otorgaba el personal técnico como agentes de cambio, de mejora de la salud y de transformación del barrio. Ante esta consideración, el grupo de profesionales reconoció públicamente que los agentes eran por supuesto activos y debían ser por tanto incluidos en el mapa.

En tercer lugar, se destacó la diferencia en el número de activos persona identificados por el grupo de agentes de salud en comparación con los identificados por el grupo de profesionales. Así mismo, únicamente las personas agentes de salud identificaron a personas del barrio y del resto del municipio (familiares, amistades, vecindario y los propios agentes de salud) como activos. Únicamente el personal técnico reconoció como activos a vecinos y vecinas del barrio en calidad de representantes de asociaciones.

En cuarto lugar, resaltaba el gran número de activos, además de distintos tipos, que existían en el barrio y en el resto del municipio lo cual era un aspecto positivo teniendo en cuenta la situación de elevada vulnerabilidad del barrio. Es decir, además de ser un barrio con muchos problemas y temas a tratar, también cuenta con numerosos activos.

Seguidamente, se resolvieron las dudas relacionadas con algunos recursos que habían sido propuestos por unos o por otros y sobre los que fue necesario alcanzar un consenso sobre si considerarlos o no activos.

El primero de los recursos sobre los que se debatió fue si los campos de naranjas forman parte de la categoría economía local por su capacidad para generar trabajo o de la categoría espacio físico por formar parte del entorno medioambiental y verde. El grupo consideró que debían formar parte de ambas categorías y fueron incorporados al mapa.

El segundo de los recursos sobre los que se debatió fue sobre las gasolineras. Las opiniones versaban sobre la existencia de un servicio para la ciudadanía y la capacidad para generar empleo y por contra su contribución a la contaminación del medio ambiente por un mayor uso del transporte privado. Se decidió mantenerlas en la categoría de servicios.

Por último, el foco se puso en los centros de educación infantil y primaria del barrio, uno público y el otro concertado. En este caso, existían suficientes argumentos como para no considerarlos activos para la salud en el momento del estudio. Respecto al colegio público, la dirección del centro y el profesorado, coincidiendo con la etapa de los recortes en educación, no mostraban apertura a la realización de actividades fuera de la programación académica y mantenían una posición muy crítica hacia la diversidad cultural del alumnado en relación a los recursos disponibles. Cabe señalar que la mayoría de la población del barrio asistía a dicho colegio. En lo que se refiere al colegio concertado, mantenía una actitud distante hacia el barrio y la mayoría de su alumnado procedía de otras zonas de Alzira. Sin embargo, dado que ambos centros educativos podían llegar a convertirse en un futuro en activos para la salud se mantuvieron en el mapa considerándolos activos potenciales.

### **De la dinamización del mapa: conexión entre activos y propuestas de acción**

El grupo de trabajo identificó personas del barrio con talentos que podían ser tenidos en cuenta en las propuestas de acción para la mejora del barrio. Los talentos destacados estaban relacionados con: cantar distintos estilos de música (rap, hip hop o flamenco), bailar (flamenco, música oriental y árabe), tocar la guitarra, cocinar, dibujar, pintar, realizar graffitis, realizar maquillaje con hena, coser y tener conocimientos de mecánica de motocicletas.

Las conexiones entre activos y talentos propuestas por los grupos de trabajo se presentan en la tabla 75.

---

**Tabla 75. Conexiones entre activos y propuestas de acción, barrio de L'Alquerieta (1/2)**

---

***Formación***

---

- Relacionar **Caritas** y el programa del Banco de Alimentos y realizar alguna actividad formativa con carácter de contraprestación relacionada con la asistencia-absentismo escolar (**colegios y servicios sociales**): formación en el **Centro de Participación Ciudadana**. Ejemplos: información y orientación para la búsqueda de empleo y alfabetización.
- **Talentos** identificados en el grupo de **agentes de salud** de RIU con competencias en cocina, música y pintura corporal: organizar talleres sobre esas habilidades y realizarlos en el **Centro de Participación Ciudadana**.
- **Asociación de vecinos** del barrio, con **agentes de salud** de RIU, **personal sanitario del centro de salud** y la **asociación de Dones Progressistes** organizar talleres sobre educación sexual en el **Centro de Participación Ciudadana** dirigidos a hombres, mujeres y jóvenes adolescentes.

---

***Actividad física y deporte***

---

- **Personas jóvenes** conectarlas con la **asociación de vecinos** del barrio y las instalaciones de los **centros educativos Sagrada Familia y Pintor Teodoro Andreu** para realizar los sábados actividades deportivas y talleres dirigidos a la población infantil.
- Conectar la **ciudad deportiva Jorge Martínez Aspar** con la **población infantil del barrio** para realizar actividades deportivas.
- Organizar en el centro de **Protección Civil** diferentes actividades como deporte, talleres de pintura, etc. para niños, jóvenes, mayores, etc. Podrían implicarse las diferentes **Concejalías** de deporte, cultura, servicios sociales, urbanismo, etc.
- Conectar a la población joven del barrio con el **Centro de Información Juvenil** y el **grupo de senderismo Baladre** para realizar actividad física en **La Murta**.

---

***Apoyo mutuo, personas mayores y dependientes***

---

- Generar un espacio de intermediación con las personas **agentes de salud**, entre personas mayores y **tiendas del barrio** que representan a la economía local u otros **servicios**. P.ej. una persona agente de salud podría pedir cita en el centro de salud a una persona mayor del barrio.
  - Conectar a las **agentes de salud** que le gustan los animales con la **protectora de animales** y con el profesorado de la asignatura de **Terapia Ocupacional de la Universidad Católica de Valencia** y el **hospital** de La Ribera para actividades con personas mayores o enfermas.
  - El **PQPI de peluquería** que se realiza en el **Centro de Participación Ciudadana** conectarlo con las personas mayores del barrio que necesitan cuidados y no pueden desplazarse para que acudan a sus hogares.
-

---

**Tabla 75. Conexiones entre activos y propuestas de acción, barrio de L'Alquerieta (2/2)**

---

***Convivencia - Relaciones sociales***

---

- Organizar talleres de cocina de culturas diversas en las **fiestas de Fallas y San Francesc**, con recursos locales existentes como **casales de fallas, asociación musulmana, grupo de agentes de salud**, etc.
  - Vincular a personas del barrio que les gusta la música y el baile con la **Escuela de Danza de Alzira** y la **Sociedad Musical** y poder activar música y danza en el **Centro de Participación Ciudadana** y actuar en las **fiestas de Sant Francesc** como actividad de animación para las personas del barrio.
- 

***Limpieza y cuidado del entorno***

---

- Adecuar, limpiar y mantener el centro de **Protección Civil** del barrio utilizado por la mayoría de los niños y jóvenes para jugar al fútbol e ir en bicicleta con el **grupo de agentes de salud**.
  - Acción de limpieza en la explanada de **Protección Civil** en la que juegan los niños y niñas del barrio y se hace deporte. Convocar a los **medios de comunicación**. Solicitar al **Ayuntamiento** que se mantenga limpio. Si se amplía a otras zonas del barrio, solicitar al Ayuntamiento la poda de las palmeras en Plaza de La Ribera por ser una zona insalubre.
- 

***Violencia de género***

---

- Mujeres que sufren violencia de género conectarlas con **INFODONA** o la **Oficina de Atención a Víctimas del Delito** de Alzira y el **Centro de Participación Ciudadana** para que faciliten apoyo en el proceso de detener la situación de violencia.
  - Hombres del municipio con **hombres agentes de salud** y que se creara un espacio de actuación en igualdad de género desde el **Centro de Participación Ciudadana**.
- 

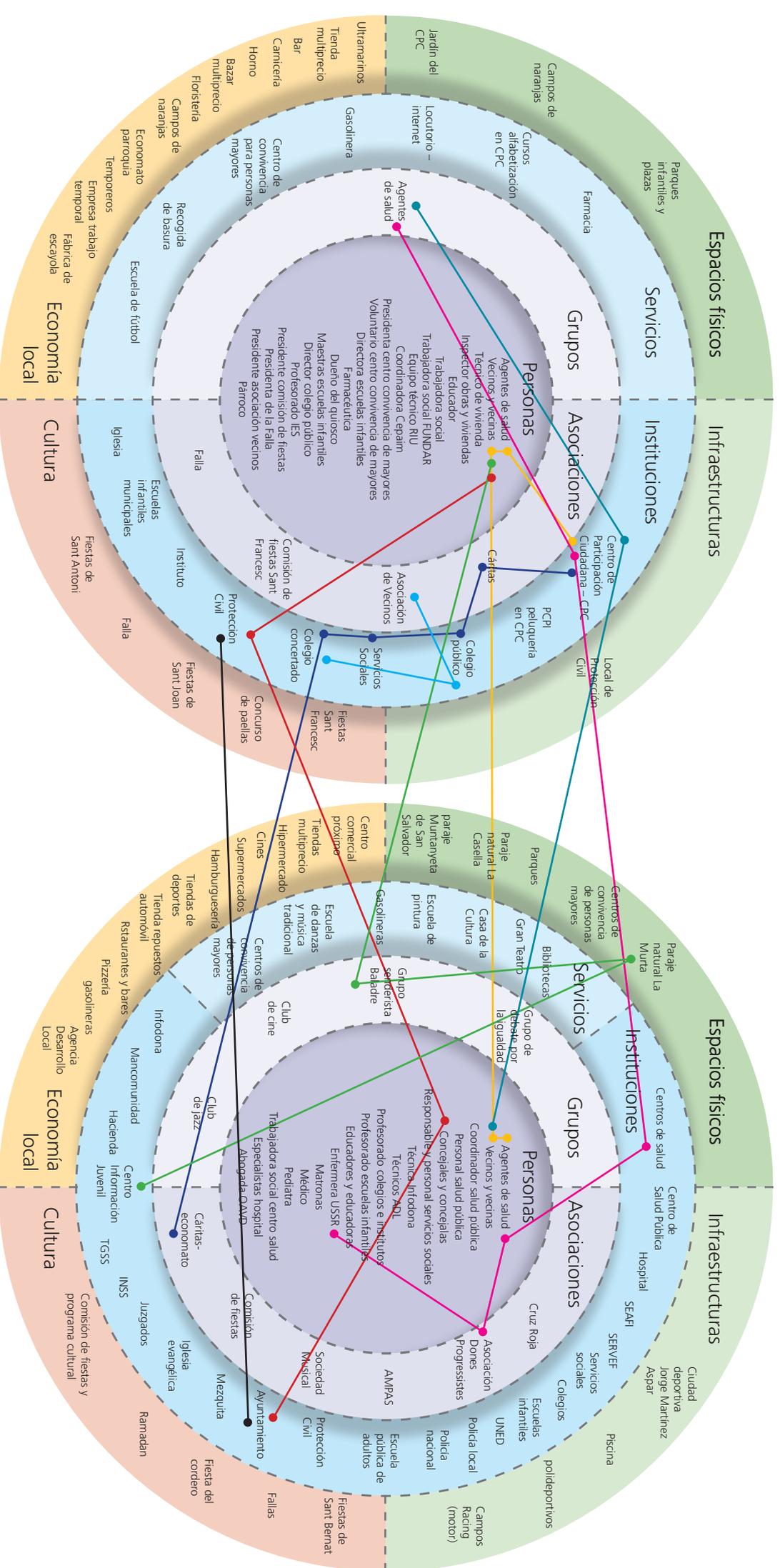
***Economía local***

---

- Mercadillo sin dinero, de intercambio de objetos que no se utilizan y un banco del tiempo pensando en las competencias de las personas **agentes de salud**. Elaborar talonarios para cuantificar el tiempo de intercambio. Solicitar permiso al **Ayuntamiento** para que permitiera su instalación, el aparcamiento de los coches, etc.
  - Organizar en el barrio un mercadillo para que la población de Alzira pierda el temor al barrio (aportación individual).
- 

Los figuras 16 y 17 muestran las conexiones entre activos en el mapa de L'Alquerieta.

Figura 16. Conexiones realizadas en la fase de dinamización del mapa de activos para la salud de L'Alquerieta (1)





Las propuestas de acción o deseos para mejorar el barrio expresados por el grupo de trabajo se recogen en la tabla 76.

---

**Tabla 76. Propuestas de acción para mejorar el barrio de L'Alquerieta**

---

**Limpieza**

---

“Limpieza y respeto de los espacios públicos”

“Actuar, hacer las propuestas realidad y que no se queden en el papel. Empezar por la limpieza: es lo primero”

---

**Formación**

---

“Controlar el absentismo escolar en todas las edades”

“Motivar y asesorar a las jóvenes del barrio que no quieren estudiar y también a sus familiares a continuar los estudios”

“Fomentar el deporte como actividad de tiempo libre en la población infantil. Contactar con el club de fútbol L'Alquerieta. El Ayuntamiento podría facilitar la asistencia de los niños y niñas a las actividades deportivas”

“Enseñar a tocar la guitarra a niños y jóvenes del barrio. Se propuso que el profesor fuera un vecino del barrio, hombre español de etnia gitana”

“Formación continuada al vecindario del barrio a través de talleres, cursos, etc”

“Habilitar un punto informativo en el antiguo espacio utilizado por servicios sociales ubicado en Plaza de La Ribera para que agentes de salud y personas voluntarias pudieran facilitar información sobre acceso a recursos (centros de salud, ADL, INSS, juzgados, etc.)”

---

**Participación**

---

“Motivar al vecindario del barrio (son clave) y a profesionales del ayuntamiento porque son quienes tienen poder para realizar cambios”

“Facilitar la participación del voluntariado: del vecindario del barrio y del resto de Alzira”

---

**Entorno social y físico**

---

“Plantar hierbas aromáticas (té y otras infusiones) en los solares próximos al CPC y montar una tetería en la que ofrecer infusiones y realizar pastas caseras”

---

## De la dinamización de activos: priorización de las conexiones entre activos y propuestas de acción en función de las necesidades del barrio

La tabla 77 recoge los temas de salud necesarios a abordar en el barrio con las mayores puntuaciones obtenidas en la priorización realizada por los grupos de agentes de salud y profesionales (anexo 2). En las necesidades de la población adulta y mayores es donde se observan diferencias en la valoración realizada por ambos grupos.

**Tabla 77. Temas priorizados por los grupos de agentes de salud y profesionales, barrio de L'Alquerieta**

Etapas evolutivas	agentes de salud	profesionales
Infancia	asistencia a la escuela	asistencia a la escuela hábitos educativos
Adolescencia - juventud	asistencia al instituto	asistencia al instituto
Edad adulta	uso adecuado servicios salud	higiene personal
	uso USSR en mujeres gitanas	alimentación saludable
	violencia contra las mujeres	salud bucodental
	convivencia en el barrio	convivencia en el barrio
	abuso de drogas en hombres	limpieza del entorno
Personas mayores	recursos para su cuidado	formación a familiares
	actividades dirigidas a mayores	
Determinantes de salud	condiciones de viviendas y fincas	condiciones de viviendas y fincas
	asociaciones y entidades culturales	asociaciones y entidades culturales
	estado del espacio público	centros educativos en el barrio

En la tabla 78 se muestran los resultados de la priorización realizada por los tres subgrupos de trabajo a partir de las acciones propuestas.

**Tabla 78. Resultados de la priorización de las propuestas de acción, L'Alquerieta**

Subgrupo 1	<p>Limpiar la zona de plaza de La Ribera. El mismo día hablar con el vecindario de esta zona para que participen en la actividad de limpieza. Finalizar con una merienda.</p> <p>Mantener este espacio limpio de manera continuada.</p> <p>Cada semana, realizar juegos o talleres con el vecindario para mantener el espacio limpio y motivar a su implicación.</p>
Subgrupo 2	<p>Limpiar entornos del barrio en general y realizar actividades de ocio con los talentos del barrio. Los jóvenes de 14 a 16 años participarán en la limpieza y las actividades de ocio estarán destinadas a la población infantil.</p>
Subgrupo 3	<p>Rehabilitar y limpiar el espacio de Protección Civil. Participará la población infantil, jóvenes y adulta. Después de haberlo limpiado y rehabilitado se informará a la gente para que este espacio continúe limpio.</p> <p>Extender la limpieza y su mantenimiento a otro espacio del barrio (como por ejemplo, plaza de la Ribera)</p>

A la vista de los resultados, todos los grupos de trabajo coincidieron al decidir que la limpieza del entorno era la acción prioritaria de promoción de salud en la que se necesitaba llevar a cabo para la mejora y transformación del barrio.

A modo de ejemplo, y teniendo en cuenta que con esta metodología de trabajo no es únicamente el personal técnico quien decide el tipo de acciones o proyectos a desarrollar, sino que los vecinos y vecinas ocupan un lugar central en la toma de decisiones sobre su propio barrio, el equipo investigador propuso unas líneas de actuación basadas en la dinamización de los activos identificados:

Áreas: Empleo + transformación y limpieza de espacios urbanos degradados

1) Elaborar un proyecto de transformación y mantenimiento de espacios urbanos socialmente significativos que implique a la población juvenil desempleada y que aúne formación para la empleabilidad, acción social y empleo.

2) Realizar pliegos anuales con empresas para la desratización y desparasitación integral del barrio que incorporen la formación y contratación de personas desempleadas del barrio para efectuar estas labores.

Áreas: Empleo + sostenibilidad + medio ambiente

3) Elaborar un proyecto de sostenibilidad y ahorro energético aplicado al barrio y que pueda ser válido para otros barrios similares liderado por la Agència Energètica de La Ribera con participación de la población y actuación a nivel de vivienda (y que pueda servir para realizar estudios sobre situación de vivienda en el barrio) e instalaciones públicas.

Áreas: Formación + educación en población infantil y juvenil + medio ambiente

4) Convenio con la Escola d'Animadors (ETELL o similares) para crear una Escuela de Animación y Tiempo Libre con sede en el barrio pero dirigida a toda Alzira. Teniendo en cuenta la conexión de todos los activos relacionados con población infantil y juvenil, organizar cursos de capacitación de monitores y monitoras de tiempo libre y animación juvenil en el Centro de Participación Ciudadana para incorporar de manera sistemática y continuada actividades de ocio y tiempo libre en el barrio y vinculadas con los espacios naturales.

Áreas: Formación + Cultura + talentos del barrio + conexión con grupos municipio

5) Elaborar un plan de intercambio de actuaciones entre grupos culturales de la ciudad y talentos del barrio (con la posibilidad de dar clases) y establecer un programa cultural estable en el Centro de Participación Ciudadana: guitarra, baile, rap, flamenco, etc.

Áreas: Formación + deporte y actividad física + población infantil y juvenil + conexión con municipio

6) Crear una escuela deportiva en el barrio para fomentar la creación de equipos de fútbol, baloncesto, etc. en la población infantil y que dinamice actividades de promoción de la actividad física.

### **ETAPA 3. DIFUSIÓN PÚBLICA DEL MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD Y SU DINAMIZACIÓN**

Dos miembros del equipo investigador presentaron al responsable del departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Alzira y a la coordinadora del Centro de Participación Ciudadana del barrio de L'Alquerieta el mapa de activos para la salud y las propuestas de acción basadas en su dinamización.

En una reunión posterior, los mismos miembros del equipo investigador junto con el director del Centro de Salud Pública de Alzira presentaron el trabajo a la alcaldesa de Alzira y propusieron hacer una presentación del mismo a la Corporación Local. Desde alcaldía se optó por realizar la presentación en una rueda de prensa con los medios de comunicación la cual nunca se llegó a celebrar.

En la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia se ha presentado en varios cursos académicos el mapa de activos del barrio de L'Alquerieta y las intervenciones en promoción de salud basadas en su dinamización.

Un resumen del trabajo ha sido incluido en el artículo sobre cómo trabajar con la perspectiva de activos del Informe SESPAS 2016 de la revista Gaceta Sanitaria (112), en el anexo sobre proyectos de identificación de activos disponible en la versión online del documento.

#### **ETAPA 4. DISEÑO DE UNA ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD BASADA EN LA DINAMIZACIÓN DE ACTIVOS**

Dado que la acción priorizada en la dinamización del mapa de activos por parte de los grupos de trabajo estaba relacionada con la limpieza de determinados espacios del barrio y su combinación con juegos y actividad física dirigidos a la población infantil, se diseñaron anualmente acciones puntuales de sensibilización comunitaria relacionadas con estos temas conectando los diferentes tipos de activos del mapa. La relación de acciones relacionadas con el tema priorizado en las que se han tenido en cuenta las conexiones entre activos del mapa se muestra en la tabla 79.

---

**Tabla 79. Acciones comunitarias basadas en la dinamización del mapa de activos de L'Alquerieta y relacionadas con limpieza del entorno**

---

“Jugando por un barrio más limpio”	2013
“Diseñando nuestro entorno más saludable”	2014
“Nuestro barrio en movimiento: juegos en grupo”	2014
“Nuestro barrio en movimiento: juegos en grupo”	2015
Plan integral de la Mesa Comunitaria	2016-17

---

En el presente trabajo de investigación, se presenta el diseño de la acción denominada “*Nuestro barrio en movimiento: juegos en grupo*” que se llevó a cabo en la 3ª edición del Projecte RIU Alzira, el 25 de abril de 2014, coincidiendo con las fiestas de Pascua. La organización de la acción correspondió al Projecte RIU del Centro de Salud Pública de Alzira y FISABIO, el personal técnico de servicios sociales adscrito al barrio y de la fundación Cepaim, las tres entidades que trabajan en el Centro de Participación Ciudadana. La tabla 80 describe las características principales de la acción.

---

**Tabla 80. Descripción de la yincana “Nuestro barrio en movimiento: juegos en grupo”**

---

**Objetivo**

---

Sensibilizar a la población del barrio en relación al cuidado del espacio público utilizando el juego como herramienta e incorporando los ejes de género, diversidad cultural, edad y territorio. Los temas centrales fueron:

- la limpieza, el reciclaje y el cuidado del entorno y del medio ambiente
  - la promoción de la actividad física y el ejercicio como determinante de la salud física y mental para la prevención de la obesidad y el sobrepeso, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los problemas musculoesqueléticos o los trastornos de ansiedad, depresión y/o del sueño
  - el apoyo social como determinante de la salud mental y por tanto, potenciar las relaciones interpersonales generando espacios de encuentro, cooperación y convivencia entre personas de distintas culturas y clase social
- 

**Actividades**

---

Yincana con 6 pruebas diferentes relacionadas con los temas principales de la acción y que se llevarían a cabo en los siguientes activos espacios físicos del barrio:

- presentación de la yincana y la configuración de los equipos de participantes, “El grito salvaje” a realizar en el jardín del Centro de Participación Ciudadana
  - prueba sobre el uso del agua, “Aprecia el agua”, a realizar en una zona arbolada del barrio, parque Diego Almagro
  - prueba sobre reciclaje “Aprendemos a reciclar”, en la zona más degradada del barrio, plaza de La Ribera
  - dos pruebas relacionadas con actividad física, “Crea tu parque” y “Circuito deportivo”, en la plaza Menéndez Pelayo y en la explanada de Protección Civil
  - una prueba sobre espacios e historia del barrio “Mini-trivial”, parque calle Trafalgar
  - una prueba sobre la incorporación de dichos aprendizajes: “¿Y mañana qué?”, en la explanada de Protección Civil
  - composición de la frase final “Nuestro barrio, L'Alquerieta, limpio, verde y en movimiento”, a partir de las letras conseguidas en las pruebas, en la explanada de Protección Civil
- 

**Recursos humanos**

---

Cada prueba es dirigida por un grupo de tres personas, un vecino o vecina o representante de una de las asociaciones del barrio, una persona agente de salud y una persona técnica de las entidades que organizan la acción.

---

La figura 18 muestra las conexiones que se establecieron entre los activos de distinto tipo y localización en el diseño de la acción. A continuación se señalan los activos que fueron conectados y con qué sentido.

### **Activos persona**

*En el barrio:*

- agentes de salud
- vecinas
- profesionales del Projecte RIU
- personal de servicios sociales: coordinadora, educadores y voluntarias
- personal de la fundación Cepaim: coordinadora, personal técnico y voluntaria
- presidente de la asociación de vecinos
- ex-presidente de la asociación de vecinos
- presidenta de la falla
- profesorado de los colegios público y concertado del barrio
- presidenta del centro de bienestar y convivencia de mayores

*En el resto del municipio:*

- agentes de salud
- personal técnico del departamento de servicios sociales del Ayuntamiento
- responsable del departamento de servicios sociales
- concejal de medio ambiente, concejala de bienestar social e igualdad
- coordinador y personal técnico del Centro de Salud Pública de Alzira

### **Activos grupos y asociaciones**

*En el barrio:*

- el grupo de agentes de salud
- asociación de vecinos

- Comisión de fiestas de Sant Francesc
- falla

La mayoría de los activos persona, grupos y asociaciones fueron tenidos en cuenta para diseñar las diferentes actividades de la yincana como para la ejecución de la misma y su difusión. También en esta actividad se tuvo en cuenta a la técnica de igualdad del Ayuntamiento de Alzira que no había sido identificada como activo y que podía ser considerada como tal. Se contó también con el técnico del departamento de medio ambiente del Ayuntamiento para aportar recursos materiales para el premio al equipo ganador.

### **Activos servicios e instituciones**

*En el barrio:*

- servicios sociales y Centro de Participación Ciudadana
- colegios público y concertado
- Protección Civil
- farmacia

*En el resto del municipio:*

- centros de salud
- hospital
- Centro de Salud Pública

Se conectó a servicios sociales, el Centro de Salud Pública y los centros educativos en la organización y diseño de la acción así como para lograr los recursos materiales necesarios para la ejecución de las pruebas y para la difusión. Así mismo, se tuvieron en cuenta los programas radiofónicos “Espai de Salut” en las emisoras de radio comarcales. Este espacio radiofónico que tiene reservado semanalmente el Centro de Salud Pública no se había tenido en cuenta en el mapa y podía ser incluido también como un activo de la tipología servicio. También, la empresa de gestión de residuos de Alzira proporcionó materiales para la prueba de reciclaje.

## **Activos espacios físicos e infraestructuras**

*En el barrio:*

- jardín del Centro de Participación Ciudadana
- parque infantil
- plaza

Algunos de los espacios físicos del barrio para ganar salud fueron elegidos por sus características de entornos que promueven la salud como lugares de realización de las pruebas.

## **Activos economía local**

*En el barrio:*

- ultramarinos
- tiendas
- quiosco
- hornos
- bares

Los activos de la economía local junto con la farmacia, los centros de salud y el hospital fueron tenidos en cuenta para la difusión de la yincana a la población del barrio y del conjunto de Alzira.





**PARTE TERCERA:**

**DISCUSIÓN Y**

**CONCLUSIONES**

---



## CAPÍTULO 8

### DISCUSIÓN

---

#### **8.1. Dos procesos sucesivos en el tiempo que se enlazan y provocan aprendizajes**

El presente trabajo de investigación describe dos procesos sucesivos de elaboración de mapas de activos en dos barrios en situación de elevada vulnerabilidad social en los que se lleva a cabo una intervención comunitaria participativa en salud, “Proyecto RIU”.

El primer proceso, realizado en el barrio El Raval de Algemesí en 2010, es pionero en España en el contexto de la salud pública. En aquel momento, no existía apenas evidencia sobre cómo realizar mapas de activos y mucho menos cómo dinamizarlos diseñando acciones de promoción de la salud. A partir de la escasa literatura identificada, la capacitación del propio equipo investigador en el modelo de activos y la asesoría de expertos, se elabora el primero de los mapas. Este proceso es útil por los resultados obtenidos y las contribuciones metodológicas que se describen en este apartado.

En cuanto a los resultados, se dispone de un mapa de activos del barrio de El Raval y el diseño del proyecto “Barri-Escola” basado en la conexión y dinamización de activos. De la identificación de éstos, emergen las necesidades sentidas por la población participante en el estudio. Se supera el modelo de análisis de la realidad basado exclusivamente en las necesidades y problemas, en el déficit. Se provoca el encuentro y la aproximación entre la ciudadanía (la más vulnerada por los gobiernos y políticas públicas) y el personal técnico (en su mayoría de la administración, local y autonómica) en la sesión conjunta de dinamización del mapa produciéndose el reconocimiento del otro y el diálogo mutuo. Éste es un primer paso para la transformación de las relaciones desiguales de poder entre ciudadanía y personal técnico resultado de los modelos hegemónicos de las Ciencias de la Salud y de las Ciencias Sociales en general.

Los aprendizajes del primer estudio se incorporan en el segundo de los procesos de elaboración del mapa de activos en el barrio de L'Alquerieta de Alzira en 2012. Estos aprendizajes se concretan en: ser dos personas investigadoras las que conducen las sesiones de trabajo con la población del estudio para dinamizar los grupos y explorar mejor los temas; ampliación de la tipología de activos (la propuesta por Foot y Hopkins (102)) relacionada con los determinantes sociales de la salud; capacitación en técnicas de entrevista a la ciudadanía para obtener información sensible; aumento de la actividad investigadora de la ciudadanía para generar el cambio de posicionamiento y de relaciones en el barrio y en la ciudad; modificaciones en los instrumentos de recogida de la información; grabación digital con consentimiento previo del debate grupal en las dinámicas para mejorar el análisis de la información; representación gráfica del mapa para visibilizarlo y utilizarlo en la dinamización; incorporación del análisis de necesidades del barrio para conectar activos y diseñar acciones; incremento del número de sesiones destinadas a las conexiones y dinamización del mapa para profundizar en ellas; y composición mixta de los grupos de trabajo (ciudadanía y profesionales) en estas sesiones para tratar de transformar las relaciones, potenciando la colaboración, cooperación y co-producción de acciones.

Una de las aportaciones de este trabajo es la metodología de la dinamización del mapa de activos, la capacidad para conectarlos y provocar una visión de la acción transformadora que se desea poner en marcha, generando un espacio creativo entre el mapa de activos, el diagnóstico de necesidades y el diseño de la acción. En cambio, la literatura identificada explora en profundidad las necesidades y problemas de las comunidades, identifica los activos para la salud en estos entornos pero no aborda las conexiones entre activos y su dinamización para la puesta en marcha de actuaciones (119-121).

Algunos estudios recogen también las propuestas de la comunidad sobre cuáles podrían ser los programas que podrían llevarse a cabo para mejorar la salud y el bienestar de la población (122-124). Sin embargo, las actuaciones basadas en la dinamización de los mapas son escasas. Se han encontrado algunas experiencias como por ejemplo acciones para promover la salud de las mujeres en situación de vulnerabilidad a través de la actividad física en un proyecto de investigación participativa en Alemania, tal y como presentan Rutten et al (125) o para facilitar el acceso de mujeres de dos barrios desfavorecidos de Sheffield a una piscina local, según describen South et al (126).

Una diferencia entre los estudios que identifican activos y esta investigación es que en ambos barrios, la intervención en salud comunitaria, proyecto RIU, ya existía previamente a la incorporación del modelo de activos. Un desafío al que nos enfrentamos es reformular el modelo de intervención RIU incorporando el enfoque de activos en sus etapas.

## **8.2. Sobre los resultados obtenidos y las metodologías participativas utilizadas**

### **8.2.1. El enfoque de activos: una mirada positiva desde los entornos en situación de vulnerabilidad**

Los barrios El Raval de Alghemesí y L'Alquerieta de Alzira son dos entornos en los que se concentran numerosos determinantes que ponen en riesgo la salud de su población existiendo en ambos múltiples necesidades y problemas que necesitan ser abordados. Quienes tienen la responsabilidad de diseñar e implementar las políticas públicas locales y autonómicas (tanto responsables políticos como de las instituciones y servicios) así como el personal técnico de los distintos departamentos de la administración reconocen y reafirman la fragilidad de dichos entornos, la pobreza y la situación de exclusión social en las que viven la mayoría de sus habitantes, la complejidad de los determinantes que la provocan y la elevada inversión de recursos que conllevaría una actuación global para la transformación de dichos entornos. Las políticas de vivienda y territorio, medio ambiente, trabajo, educación, salud pública, bienestar social (servicios sociales e inclusión), seguridad y participación ciudadana son fundamentales para el cambio social en estos barrios.

Sin embargo, estos entornos han sido vulnerados a lo largo de los años por parte de los gobiernos en ocasiones por falta de inversión y en otras construyendo infraestructuras que generaban segregación territorial. Parece haber habido en las últimas décadas cierta voluntad desde las administraciones en generar conscientemente espacios gueto en los que las personas en situación de exclusión social pudieran vivir, como si por el hecho de apartarlas de la vista de la mayoría, dejaran de existir. En ocasiones, desde algunos

departamentos de la administración local, se han realizado inversiones puntuales en las infraestructuras de los barrios, en ocasiones motivadas por intereses políticos, mal diseñadas y planificadas desde su inicio, sin contar con las necesidades sentidas de la población o de sólo una parte de ella, o sin considerar el impacto de las mismas a medio plazo.

Estas iniciativas han generado tanto en el personal político, directivo y técnico como en la ciudadanía la valoración de haberse realizado grandes inversiones en los barrios y que además no han sido efectivas. Estos juicios de valor retroalimentan la no actuación de la administración en estos entornos y producen el desgaste del personal técnico que trabaja en primera línea. La consecuencia para la ciudadanía es la indefensión aprendida y el desarrollo de un locus de control externo en relación al éxito en la resolución de los múltiples problemas a los que se enfrentan diariamente: resolverlos depende de la intervención de otros agentes. En este sentido, son los departamentos de servicios sociales de los ayuntamientos los que generalmente realizan una mayor inversión de recursos humanos y materiales en estos barrios y los que tratan de manera continuada de lograr el compromiso de la propia alcaldía, de responsables de las otras políticas públicas y departamentos para la actuación en los barrios y de interlocución con la administración autonómica. No obstante, los propios departamentos de servicios sociales han asumido un marcado carácter “asistencial” con acciones puntuales, individuales y dirigidas a cubrir necesidades básicas, en las que el personal técnico se convierte en mero gestor de ayudas y prestaciones. Este sistema de atención está en crisis siendo necesario desarrollar un modelo comunitario de bienestar social con actuaciones dirigidas a los determinantes sociales y desarrollar acciones intersectoriales para transformar las condiciones sociales, materiales, laborales, etc. en las que viven las personas. Este modelo ha sido incorporado ya en el Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social (127) para el período 2017-2022.

### **8.2.2. Identificando activos en los barrios en situación de elevada vulnerabilidad**

Aunque estos barrios tienen necesidades y problemas que necesitan abordarse, también en ellos podemos encontrar numerosos recursos para mejorar el bienestar de su

población y para reducir desigualdades sociales en salud. Estos mismos resultados se han encontrado en otros estudios en entornos en situación de vulnerabilidad, los realizados por DychkFehderau et al (123), Hilfinger et al y Paredes-Carbonell et al (128-129) o Vera-Remartínez (114).

Si se comparan los mapas de activos para la salud de ambos barrios (figuras 9 y 15), se observa en general que el número de activos identificados en L'Alquerieta es superior al de El Raval. Este resultado puede ser interpretado teniendo en cuenta dos aspectos. En primer lugar, puede deberse a una cuestión metodológica. La propia experiencia acumulada del equipo investigador puede llevar a la exploración más exhaustiva de activos en los grupos de trabajo a la hora de formular preguntas en la dinámica grupal que permiten identificar activos. En segundo lugar, el resultado guarda relación con el grado de vulnerabilidad de cada uno de los barrios. En este sentido, el barrio de El Raval, con un menor número de activos para la salud, puede ser considerado un entorno más vulnerable que el barrio de L'Alquerieta, en el que el número de activos es mayor. No obstante, esta razón conduce a formular otra cuestión relativa a si el número de activos que encontramos es por sí mismo suficiente para hablar del grado de vulnerabilidad de un barrio o si es la "calidad" de dichos activos, o mejor dicho, la posibilidad de establecer conexiones entre los activos y la dinamización de los mismos mediante acciones, lo que repercutirá en la salud y bienestar de los barrios. Por tanto, la existencia de activos es necesaria pero no suficiente para la mejora de los entornos y de la salud de la población.

#### **8.2.2.1. Sobre los activos individuales y como grupo de las personas agentes de salud ciudadanía**

Si comparamos los resultados de los activos a nivel individual (conocimientos, actitudes y habilidades) que poseen las personas agentes de salud participantes en el estudio en ambos barrios (tablas 11 y 40), se observa que coinciden en el valor atribuido a los autocuidados (sobre salud, alimentación, ejercicio físico y salud sexual entre otros) y las habilidades y actitudes propias de las funciones que desempeñan como educadoras entre iguales (detectar necesidades, mejorar el barrio, escuchar, facilitar información, apoyar,

aconsejar y ayudar a los demás, buscar ayuda, ofrecer soluciones a los problemas o trabajar en grupo, entre otras).

Los resultados de otros estudios muestran bastantes coincidencias con esta investigación. En dos estudios en la Comunitat Valenciana, uno realizado por Paredes-Carbonell et al (129) con jóvenes en un centro de menores, y el otro por Vera-Remartínez et al (114) en tres centros penitenciarios de la Comunitat Valenciana, los resultados son similares en relación a los autocuidados como la limpieza, ejercicio, higiene y cuidado del entorno, la autoestima, afrontar los problemas, disponer de habilidades de comunicación, apoyar y ayudar a los demás, entre otros. Un aspecto diferencial en jóvenes de los centros penitenciarios fue el valor que concedían a mantenerse activo y realizar muchas actividades frente a la tendencia a la inactividad y las consecuencias negativas de la misma en los establecimientos penitenciarios. En otra investigación realizada por Agulló (130) con familiares y profesionales que trabajan con personas con enfermedad de Alzheimer en el municipio de Caudete, también se obtuvieron resultados similares destacando como activos nombrados con mayor frecuencia realizar actividad física, la alimentación saludable y mantener una actitud positiva. En este último trabajo, las personas participantes valoraron también el tener paciencia, dar cariño y alegría como aspectos diferenciales de los anteriores estudios y posiblemente vinculadas al rol de los cuidados en la enfermedad de Alzheimer.

Los activos grupales identificados por las personas agentes de salud en ambos barrios (tablas 12 y 41) muestran resultados similares destacando los conocimientos sobre salud y del barrio, el deseo e interés por mejorar el barrio, el respeto, la confianza entre las personas del grupo, ayudar a los demás y la competencia intercultural. Estos activos son congruentes con el rol de agentes de salud.

#### **8.2.2.2. Sobre los activos personas identificados en el estudio**

Tanto en el barrio de El Raval como en L'Alquerieta, los activos para la salud más numerosos son los que corresponden a la categoría personas. Éste es un resultado congruente con los enfoques de las capacidades, del empoderamiento comunitario y de la investigación-acción participativa que sitúan el foco en las personas, las cuales son

realmente las verdaderas protagonistas de las acciones en promoción de la salud y el motor de la transformación y del cambio social.

En este sentido, en ambos barrios, las personas identificadas como activos por los grupos de agentes de salud son tanto vecinos y vecinas del barrio, representantes de asociaciones y personal técnico de servicios e instituciones. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios en barrios muy desfavorecidos (128) o con jóvenes en centros de menores y establecimientos penitenciarios (129),(114) los cuales destacan a la familia, la pareja y las amistades. Las relaciones entre iguales tienen además un sentido solidario, de ayuda mutua y apoyo social en los entornos altamente vulnerables y también en otros contextos, como por ejemplo, en las personas que cuidan a pacientes con enfermedad de Alzheimer (130).

Por el contrario, los grupos de profesionales no identifican a personas residentes en el barrio o en el resto del municipio como activos y ni siquiera nombran como tales a los grupos de agentes de salud. Este resultado merece una especial atención ya que pone en evidencia la visión que el personal técnico de los distintos sectores tiene de la población, al menos de la que vive en estos dos barrios, trabajar “sobre” las personas y no “con” las personas. Las personas son vistas como “usuarias-clientes” y elementos “pasivos” de las acciones y no como los verdaderos motores del cambio mientras que el personal técnico se atribuye la cualidad de “experto”. Cuando se le confrontó directamente con este resultado, la respuesta fue que era un tema evidente y por ello no habían sido nombrados. Este aspecto ya había sido contemplado en la red intersectorial del proyecto cuando se han realizado propuestas para incorporar a las personas agentes de salud como responsables de determinadas actividades que conlleven trabajar conjuntamente e implican dar poder a la ciudadanía.

La pregunta que entonces surge es: *¿quiere el personal técnico delegar poder y promover espacios de relación horizontal en los que al menos la ciudadanía participe en la co-producción del diseño de acciones?* Si la participación ciudadana va a quedar circunscrita a los procesos de información y consulta, difícilmente va a obtenerse cambio alguno. Es necesario generar espacios de análisis y reflexión de la propia ciudadanía que cuestionen las relaciones de poder que se establecen entre ella y quienes trabajan y gestionan los servicios y, más aún, quienes la representan democráticamente en los órganos de gobierno. Así mismo, se requiere que los modelos basados en el

empoderamiento comunitario sean incorporados desde la universidad en los planes de estudios y desde los organismos de la administración en la formación continuada de profesionales.

### **8.2.2.3. Sobre los activos servicios e instituciones**

La segunda categoría con un mayor número de activos identificados en ambos barrios es la de servicios e instituciones (figuras 9 y 15). Se observa que en el caso de L'Alquerieta el número de recursos de este tipo es mucho mayor que en El Raval siendo los activos identificados por todos los grupos de la población participante en el estudio: el Centro de Participación Ciudadana (CPC, en el que se ubican servicios sociales, la fundación Cepaim y RIU), el colegio público y la iglesia del barrio (tabla 71). En El Raval, son los servicios sociales ubicados en el barrio el activo identificado por todos los grupos, seguido del colegio y de la guardería (citados por los grupos de agentes de salud, profesionales y ciudadanía entrevistada, tabla 25). Así pues, hay coincidencia en al menos dos de los activos y que se vinculan a la atención social a las personas en situación de vulnerabilidad y la coordinación con otros servicios facilitando el acceso a los mismos (servicios sociales), la realización de actividades formativas (CPC) y la educación para la salud en la escuela.

Uno de los activos señalados, el centro educativo de El Raval, destaca por su capacidad para identificar activos y conectarlos. En otros estudios, también los centros educativos en los barrios (123) o los espacios de formación en centros de menores y penitenciarios son señalados como activos para la salud.

No obstante, en ocasiones, cuestiones logísticas relativas a los horarios de funcionamiento (por ejemplo, permanecer cerrados los fines de semana) (128), o la flexibilidad del propio equipo directivo y profesorado para posibilitar la realización de actividades en sus instalaciones, son aspectos a tener en cuenta para ser valorados por la comunidad como activos. Como señalan Nelson et al (131) un recurso será considerado como un activo en la medida que es valorado como tal por la comunidad: *“Las comunidades pueden tener puntos de vista particulares sobre la calidad y utilidad de los activos”*. Conocer la opinión de la comunidad sobre los servicios públicos es necesario para poder, si fuera necesario, reorientarlos. Por tanto, determinados recursos

podrían ser considerados como activos potenciales y tomarlos en consideración para, de manera progresiva, conectarlos con otros activos y planificar intervenciones que promuevan la salud (102). En este sentido, las escuelas locales pueden ser espacios clave para la construcción comunitaria, el desarrollo del sentido de pertenencia y la transformación del barrio.

Por otra parte, el valor atribuido a la iglesia como activo guarda relación con ser un lugar de reunión de la comunidad y la ayuda social a la población en temas de alimentación, ropa, etc. (tablas 19 y 52). En otros estudios, Avey et al señalaron también el valor de las iglesias como lugar de reunión (121) y Hilfinger et al por el espacio físico que ofrecían para realizar actividades y los servicios prestados a la comunidad (128).

#### **8.2.2.4. Sobre los activos grupos y asociaciones**

La categoría grupos y asociaciones merece una especial atención dado que en ambos mapas la población participante en el estudio identifica un bajo número de grupos y asociaciones tanto en los barrios como en el resto de los dos municipios con capacidad para influir en el bienestar de ambos entornos (figuras 9 y 15). En los dos estudios señalados anteriormente realizados en centros de internamiento de jóvenes, se obtuvieron los mismos resultados no identificando activos ni dentro ni fuera de los propios centros y, según los autores, este dato guardaba relación con la falta de colectivos que trabajaban con jóvenes en dichos centros (129), (114).

En El Raval, el número de asociaciones es muy escaso (tabla 24) y en L'Alquerieta, aunque existen varias, éstas reúnen mayoritariamente a la población española de nivel socioeconómico medio (tabla 70). No existen pues prácticamente grupos o entidades sociales que representen los intereses de las personas en situación de elevada vulnerabilidad y que puedan ejercer presión para reivindicar y lograr garantizar los derechos humanos básicos (vivienda, empleo, educación, etc.) por parte de la administración. Así mismo, llama la atención que, aunque Algemés y Alzira disponen de un nutrido tejido asociativo de diversa índole, la población participante en ambos estudios no identifica apenas activos de este tipo en el resto de los dos municipios con

capacidad para que los barrios ganen salud. En el caso de las personas agentes de salud, este resultado puede ser debido en parte al desconocimiento de los recursos que existen en el municipio y también las dudas sobre la contribución de los grupos o entidades del resto del municipio en la mejora del barrio así como su viabilidad. Esta última razón puede encontrarse en la base de que tampoco los grupos de profesionales identifiquen este tipo de activos.

En este sentido, las personas que residen en ambos barrios mantienen relaciones con otras consideradas como iguales dando lugar a grupos homogéneos (la asociación de vecinos, la asociación gitana, etc.). El capital social que se genera es de tipo cohesivo o “*bonding*”, siguiendo a Putnam, en las que se establecen relaciones fuertemente solidarias y de apoyo social entre sus miembros dándose una alta cohesión social intra-grupo. Sin embargo, las relaciones que sus miembros mantienen con otros grupos diferentes a ellos son prácticamente inexistentes. El capital social de tipo puente o “*bridging*” que se podría generar, estableciendo relaciones horizontales con otros miembros y que permitiría contar con un mayor apoyo social y acceder a distintos recursos, es prácticamente inexistente en ambos barrios. En ocasiones, cuando se han producido relaciones entre grupos culturales distintos, éstas no han sido horizontales y los discursos esgrimidos han girado en torno a la necesaria “integración social” por parte de los grupos mayoritarios y la fuerte “discriminación” por parte de las minorías étnicas. Kawachi señala que el capital social “*bridging*” está relacionado con un mejor bienestar mientras que el capital social “*bonding*” puede resultar perjudicial para la salud de la población (132). Esto ocurre con frecuencia en muchas comunidades desfavorecidas en las que el capital social “*bonding*” es elevado (redes sociales solidarias de apoyo mutuo) pero la pobreza se seguirá manteniendo si no pueden acceder al capital social “*bridging*” (133). No obstante, ambos tipos de relaciones intra-grupo e inter-grupo son necesarias para ganar en capital social y empoderamiento comunitario que revertirá en la mejora del barrio. Kim et al destacan que ambos tipos de capital social son importantes para la salud (134). Marmot et al (135) también señalaban que las redes sociales fuertes influyen en la salud de las personas y contribuyen a ser más resilientes. La resiliencia es definida como la “*capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas*” (136).

Vaandrager et al señalan que las comunidades con menos capital social se perciben con bajos niveles de confianza mutua y tienden al aislamiento y la exclusión de determinados grupos que viven en ellas (137). Por tanto, el primer paso sería tratar de identificar grupos y asociaciones que existen en los municipios para en un segundo paso establecer conexiones entre sus miembros. Las redes y relaciones sociales son un recurso muy valioso que debe impulsarse en las comunidades.

#### **8.2.2.5. Sobre los activos espacios físicos e infraestructuras**

En relación a la categoría espacios físicos e infraestructuras, los activos para la salud identificados en el propio barrio de El Raval (por los grupos de agentes de salud, profesionales y ciudadanía) son la piscina olímpica descubierta y el campo de fútbol (tabla 26). La piscina era uno de los principales espacios de relación social y de actividad física durante los meses de verano, frecuentada por la población infantil, joven y adulta del barrio (especialmente, española y española de etnia gitana). Actualmente, su población no puede disfrutar de ella al ser clausurada hace tres años por el mantenimiento requerido para su funcionamiento y la falta de inversión para ello. El departamento de urbanismo del Ayuntamiento de Algemés ha considerado su rehabilitación en el Plan Integral de Acción Comunitaria del barrio (138) proponiendo en una de las acciones su transformación en un espacio con piscinas adaptadas a los principales grupos de edad y usos de la población. Éste es un ejemplo de cómo las políticas públicas pueden impulsar entornos saludables atendiendo a las necesidades sentidas de la población.

Así mismo, el campo de fútbol es señalado como un activo, aunque en potencia, ya que éste suele ser utilizado casi exclusivamente por personas de fuera del barrio (tabla 19 y 26). Es uno de los activos que podría ser conectado y dinamizado para la promoción de la actividad física. Se ha de trabajar en el acceso equitativo de la población más desfavorecida a los recursos para que puedan ser utilizados. En un estudio sobre promoción de la actividad física en la comunidad latina en Río Grande, en la frontera entre México y Estados Unidos, se señala que, aunque es necesario que existan activos en la comunidad, se han de tener en consideración los factores que disuaden a la población de practicar ejercicio, como son por ejemplo el tráfico en la zona o el dinero

que se ha de pagar para poder hacer uso del espacio (en una población con limitados recursos económicos) (128).

Especial consideración también merece el río “*Magre*”, que discurre junto al barrio y por el resto del municipio, y que no fue señalado como un activo. Ello probablemente guarde relación con la falta de limpieza del lecho del río y el vertido frecuente de residuos y otros enseres que el vecindario (no sólo del barrio sino también de la comarca) deposita frecuentemente en una zona del “*Magre*” con acceso directo desde el barrio (zona del Molí Nou). No obstante, el paraje natural de La Chopera (zona recreativa y con acceso directo al río a las afueras de Algemesí) es valorado por el grupo de agentes de salud como un activo (tabla 26).

Van Dillen et al (139) han señalado la necesidad de investigar la relación entre la calidad de las calles, los espacios verdes, el atractivo del barrio, la salud y el bienestar. En el informe Marmot ya se ponía de manifiesto que “*cuanto más deprimida es la comunidad, peor son los entornos en los que viven las personas*” (135).

En el caso de L’Alquerieta, los activos citados por la población participante en el estudio son los parques infantiles y plazas de distintas zonas y el espacio de Protección Civil (tabla 72). Los parques han sido señalados como lugares accesibles e inclusivos. Contiguo a él, se encuentra una amplia zona con canchas de baloncesto y fútbol en estado de abandono que ni siquiera son consideradas como activos en potencia. Estos datos reafirman la idea de que la existencia de recursos en un entorno no es suficiente para ganar salud sino que es necesario que se identifiquen activos persona que viven en estos entornos, que puedan conectarse con los espacios y dinamizar acciones que promuevan salud. Como manifiestan Vaandrager et al (137), las iniciativas han de partir de las propias personas que viven en estos entornos.

#### **8.2.2.6. Sobre los activos economía local**

La economía local es la categoría en la que menos activos se identifican en el mapa del barrio de El Raval (figura 9). De hecho, los únicos tres activos que fueron señalados (la Agencia de Desarrollo Local – Cámara Agraria, empresas y cooperativa) se sitúan fuera del barrio, y además estas aportaciones fueron realizadas por el personal técnico durante la fase de dinamización. Llama la atención que la ciudadanía no los identifique

inicialmente como activos, incluso en el caso de la cooperativa que suele realizar contrataciones frecuentes de personal en las temporadas de recolección agrícola, sobre todo a las mujeres del barrio. Quizás la razón responda únicamente a un sesgo de memoria, a que la ciudadanía participante en el estudio no haya sido contratada por la cooperativa nunca, o quizás no sea considerado un activo para la salud por el carácter temporal y las condiciones laborales de estos empleos. En el caso del barrio de L'Alquerieta, la cooperativa o los almacenes de fruta y verdura no fueron mencionados en ningún momento como activos. Este extremo no fue suficientemente explorado por el equipo investigador en el momento del estudio. En el caso de El Raval, la falta de activos vinculados a la economía local contrasta con el hecho de que en el propio barrio se encuentre el polígono industrial de La Xara en el que no hay vecinos del barrio contratados (mayoritariamente hombres) en las empresas que lo conforman.

En L'Alquerieta, los recursos identificados en el barrio (pequeñas tiendas y comercios) y el centro comercial cercano son considerados como activos (tabla 73) por el carácter de proximidad en la adquisición de productos por parte del vecindario y no tanto por su capacidad para generar empleo o revertir en la economía del barrio (tablas 54 y 67). Es la Agencia de Desarrollo Local el activo claramente relacionado con la información, orientación y búsqueda de empleo así como la formación para el mismo. No obstante, en ninguno de los dos barrios se han llevado a cabo acciones específicas por parte de la Agencia dirigidas a poblaciones en situación de vulnerabilidad social. De ahí que, en las conexiones propuestas en la dinamización de los mapas, las Agencias de Desarrollo Local de ambos municipios sean activos a tener muy presentes.

Los activos identificados en este estudio contrastan con los valorados en otros contextos, como por ejemplo, en el llevado a cabo por Monreal-Bosch et al (124) en comunidades rurales de Girona, en el que las personas referían la actividad productiva del vino y aceite y la gastronomía y restauración como recursos valiosos de la zona.

La generación de empleo digno y la promoción económica son claros determinantes de la salud de la población.

### **8.2.2.7. Sobre los activos cultura**

En relación a la categoría cultura, ésta fue considerada como tal en el estudio realizado en el barrio de L'Alquerieta siguiendo la clasificación de Foot y Hopkins (102). En el Raval, se siguió a Kretzmann y McKnight (4) en la que no la distinguían como tal pero sí la tenían presente, al menos parcialmente, al referirse a asociaciones, clubs y redes (entre ellas, las culturales).

Los activos identificados en esta categoría (tabla 74) son en su mayoría festividades del barrio o del resto del municipio y su valor señalado como activo es el fomento de las relaciones sociales entre el vecindario (tablas 55 y 68). Así mismo, la población magrebí participante en el estudio señala dos tradiciones propias de la religión musulmana, el Ramadán y la fiesta del cordero, por su relación con la purificación del propio cuerpo y la prevención de enfermedades así como la empatía y solidaridad manifestada hacia las personas con escasos recursos realizando contribuciones económicas o materiales (tabla 55). En el estudio comentado anteriormente realizado en Girona (124), los activos cultura identificados guardaban relación con actividades culturales (festival de música) y el turismo.

De todo lo anteriormente expuesto, se puede confirmar la primera de las hipótesis del presente trabajo de investigación: *los barrios en situación de elevada vulnerabilidad en los que se concentran numerosas desigualdades sociales también disponen de activos para la salud que podrían ser conectados y dinamizados en aras de mejorar la salud de la población y del propio entorno*. Desde el punto de vista de la intervención comunitaria, es necesario incluir el enfoque de activos en la fase de diagnóstico previa al desarrollo de la acción.

### **8.2.3. Ciudadanía y profesionales identifican activos: diferencias y coincidencias**

Otra variable de análisis es determinar qué participantes de los estudios identifican un mayor número de activos para la salud y de qué tipo. Las tablas en las que se muestran los resultados de los activos de El Raval y de L'Alquerieta de manera diferenciada según grupos de participantes permiten extraer algunas conclusiones. En ambos

estudios, los activos identificados por los grupos de agentes de salud son más numerosos (tablas 15-18 y 44-49) que los identificados por los grupos de profesionales (tablas 22 y 57-62).

En ambos barrios, el número de activos identificados por informantes clave (ciudadanía y profesionales) a través de entrevistas individuales realizadas por las personas agentes de salud fue menor que los identificados en los grupos de trabajo (tablas 23-27 y 69-74). Este resultado puede deberse al método utilizado ya que en los espacios en los que se fomenta el debate grupal suele generarse bastante información y de gran riqueza.

En el caso de El Raval, al comparar las tablas 15-18 (activos identificados por agentes de salud e informantes clave) con la tabla 20 (identificados por el grupo de profesionales), se observa una notoria diferencia. Este resultado podría estar relacionado con diferencias metodológicas ya que en el grupo de profesionales no se facilitó una plantilla para la recogida de la información (como sí se hizo con las personas agentes de salud) sino que se entregaron las preguntas por escrito y se indicó que identificaran activos y los clasificaran en categorías. También el tiempo destinado a esta actividad fue menor que con las agentes de salud. Una segunda razón que podría explicar este resultado tiene que ver con el enfoque del personal técnico hacia los entornos vulnerables en los que puede predominar la mirada de las necesidades y problemas. El segundo de los estudios permite precisar esta consideración.

En L'Alquerieta, también el número de activos identificado por el grupo de agentes de salud (tablas 44-49) fue mayor que en el de profesionales (tablas 57-62) aun cuando el método utilizado fue el mismo. Este dato apunta a la perspectiva del “déficit” del personal técnico como una explicación plausible de las diferencias en los resultados.

Por consiguiente, los resultados obtenidos permiten confirmar la segunda hipótesis de esta investigación: *las personas que residen en los barrios en situación de elevada vulnerabilidad son capaces de identificar activos para la salud en mayor medida que el personal técnico que trabaja en los servicios públicos de la administración.*

#### **8.2.4. Conexiones entre activos y dinamización de los mapas en acciones de promoción de salud**

Otra de las aportaciones de esta investigación está relacionada con haber generado conocimiento sobre cómo dinamizar los mapas de activos en acciones de promoción de salud en los entornos de elevada vulnerabilidad. La falta de evidencia empírica en relación a esta cuestión ya había sido señalada en otros trabajos (103),(112). Esta cuestión enlaza directamente con la “moda” actual, destacada por Cofiño et al (112), de realizar mapas de activos para la salud desvinculados de la acción.

Morgan señala que para que se produzcan los cambios en la comunidad es necesario que los activos puedan ser conectados para alcanzar un objetivo productivo (140). Por tanto, elaborar un mapa de activos no es realizar un inventario de los recursos que existen en un barrio o en un municipio (112),(108), sino implica ir más allá, iniciando y construyendo relaciones entre las personas de la comunidad, vecinos y vecinas, representantes de grupos comunitarios y asociaciones, profesionales y responsables de los servicios, siguiendo a Putnam et al (88) o la propia guía NICE (141).

La propia metodología de investigación participativa que se ha utilizado en los estudios de El Raval y L'Alquerieta ha generado dichos espacios de encuentro y de relación en los que se han podido generar procesos de entendimiento, de compartir saberes (experienciales y técnicos) y de construir confianza mutua. Éste aspecto fue encontrado también por South et al en la evaluación del mapeo de activos realizado en los dos barrios desfavorecidos de Sheffield comentado anteriormente (126). Rojas (142) señala cinco dimensiones del capital social identificadas en un estudio sobre autoevaluación de la salud en barrios urbanos de bajos ingresos y el capital social: la confianza en el vecindario, la confianza en las organizaciones, la reciprocidad dentro del vecindario, la integración y la participación social. La confianza, la reciprocidad y la cohesión social se asociaron a una mejor autoevaluación de la salud. Forsyth destaca que determinadas actuaciones urbanísticas, como los parques, las áreas verdes o pacificar el tránsito, pueden favorecer el capital social (143).

Se debe tener muy presente que el enfoque de desarrollo comunitario basado en activos (Asset Based Community Development) de McKnight y Kretzmann es un proceso de construcción comunitaria, “*orientado a la relación*” con el objetivo de “*construir y*

*reconstruir las relaciones entre y a través de los residentes locales, las asociaciones locales y las instituciones locales” (4)<sup>16</sup>. El proceso de elaborar y dinamizar los mapas de activos debe perseguir este objetivo. Las interacciones sociales suponen una ventana de oportunidad para transformar las relaciones de poder subyacentes entre dichos grupos y son clave para lograr el cambio social. Las comunidades ganan confianza en las relaciones de colaboración y cooperación que se pueden establecer con otros grupos, servicios e instituciones y se convierten en productoras de su desarrollo y no en receptoras del mismo (131).*

En nuestro estudio, las conexiones y dinamización de los mapas ha contribuido a establecer relaciones entre personas y grupos y ganar en capital social de tipo puente (figuras 12 y 18) lo cual permite luchar contra la estigmatización. Estas relaciones con grupos comunitarios y asociaciones del municipio deben continuar impulsándose.

Morgan señala el concepto de capital social de escalera (*“linking social capital”*) que reconoce que se han de establecer *“conexiones positivas entre los miembros de las comunidades locales y las instituciones que los gobiernan”* para que haya una buena salud comunitaria (140). En este sentido, las personas agentes de salud y el personal técnico de diferentes sectores y servicios trabajaron conjuntamente en la fase de dinamización de los mapas de los dos barrios del estudio, estableciendo conexiones entre activos y propuestas de acción futuras en base a dichas conexiones para dar respuesta a las necesidades priorizadas en los barrios. A continuación, se discute sobre la metodología y resultados obtenidos en cada uno de los procesos.

#### **8.2.4.1. Conexiones y dinamización del mapa del barrio de El Raval**

En el barrio El Raval, las conexiones entre activos se realizaron en paralelo en la misma sesión por los grupos de agentes de salud y de profesionales para seguidamente realizar una puesta en común de las propuestas de ambos. Las agentes de salud realizan un mayor número de conexiones entre activos y de diferentes tipos en comparación con las del grupo de profesionales (ver tabla 28). Este resultado podría deberse en parte a cuestiones metodológicas referentes a la dinamización de los dos investigadores durante

---

<sup>16</sup> La traducción del inglés corresponde a la propia autora de este trabajo de investigación

la sesión. El personal técnico pudo haber invertido más tiempo que la población en justificar cada una de sus propuestas durante el trabajo en grupos. Otra razón que puede explicar este resultado tiene que ver con una mayor capacidad de mirada “positiva” de la población respecto a la mirada profesional más impregnada del déficit. Las conexiones están relacionadas con diferentes áreas de actuación (formación-empleo, actividad física y deporte, limpieza del entorno, tiempo libre, acceso a los servicios de salud y apoyo a personas dependientes) y contemplan acciones dirigidas a la población teniendo en cuenta también los grandes grupos de edad y a las personas con diversidad funcional.

Otro de los aspectos que destaca en las conexiones del mapa de activos de El Raval realizadas por la ciudadanía, es la elección del barrio como lugar en el cual desarrollar las acciones y que podía tener que ver con la posibilidad de que la población no acudiera a las mismas si se realizaban en otras zonas del municipio. Esta tendencia refuerza el ostracismo de los barrios en situación de elevada vulnerabilidad, el distanciamiento con respecto al resto del municipio, así como el mantenimiento de las barreras sociales y culturales, y el fortalecimiento de las relaciones intra-grupo en detrimento de las relaciones con otros grupos diferentes. Iniciar este tipo de relaciones podría significar una oportunidad para el conocimiento mutuo, eliminar prejuicios, reconstruir las relaciones de poder entre grupos y facilitar el acceso a recursos y servicios. La guía NICE de participación comunitaria recomienda que desde los servicios e instituciones se debería impulsar este tipo de relaciones (141).

Las conexiones realizadas por el personal técnico en el mapa de El Raval se dirigen a la población infantil y joven del barrio. Este resultado puede estar relacionado con el perfil profesional del grupo y la valoración de que son estos colectivos los que requieren de inversión por su peso demográfico, su capacidad para construir y lograr sus proyectos vitales y, en consecuencia, para transformar su entorno.

Tanto la ciudadanía como el personal técnico propusieron diversas acciones relacionadas con la formación de la población joven y adulta, el deporte y el tiempo libre y la convivencia en el barrio (tabla 29). Señalar que son precisamente las acciones planteadas por la ciudadanía las que incorporan la perspectiva de equidad, como por ejemplo: facilitar ayudas económicas para adquirir libros y material escolar durante la ESO, la alfabetización de las personas adultas, la capacitación informática y digital, el

generar espacios de encuentro entre personas de distintas culturas o la atención a las mujeres que sufren violencia de género. Las condiciones de vida de las propias participantes y su sensibilidad hacia las desigualdades sociales (abordadas también durante su capacitación como agentes de salud y la experiencia como tales) pueden explicar estas diferencias en los resultados.

La representación gráfica de las conexiones entre activos en el mapa de El Raval (figuras 10 y 11) permite observar fácilmente la aproximación del barrio con el resto del municipio y el establecimiento de relaciones entre los diferentes tipos de activos. Dicha representación puede ser de utilidad en la devolución de los resultados del proceso de activos a quienes toman decisiones políticas y a las direcciones de los departamentos y servicios de la administración.

Finalmente, de las conexiones entre activos (figuras 10 y 11) y las propuestas de acción (tabla 29), la ciudadanía y el personal técnico priorizaron la puesta en marcha de actuaciones dirigidas a lograr que el alumnado del barrio finalizara la ESO. Éste es el origen del proyecto “Barri-Escola” basado en la dinamización del mapa de activos (figura 12). “Barri-Escola” demostró una gran capacidad conectora al vincular a: activos personas (jóvenes, vecindario, agentes de salud, personal técnico de RIU, de servicios sociales y del centro educativo del barrio, trabajadora social, alcalde y concejales); grupos y asociaciones (coordinadora de madres y padres y asociación gitana del barrio); servicios e instituciones (servicio de limpieza y recogida de basura, servicios sociales y centro educativo en el barrio, servicios sociales, institutos, centro de información juvenil, escuela de baile y ayuntamiento del municipio, el Centro de Salud Pública de Alzira y la Universitat de València); espacios físicos e infraestructuras (parque infantil y asientos del barrio, el paraje natural de La Murta) y economía (ayudas de la obra social de una entidad bancaria).

En “Barri-Escola”, fue el equipo investigador quien consideró las conexiones entre activos realizadas en el estudio y las tuvo en cuenta en el diseño y planificación del proyecto. No obstante, conviene señalar que el proyecto tuvo un planteamiento emergente y abierto al contar con la participación de los diferentes agentes implicados (el Grupo de Acción Comunitaria o GAC). Las personas que conformaron el GAC eran vecinos y vecinas y agentes de salud del barrio, un vecino del resto del municipio, la directora del centro educativo del barrio, la técnica del proyecto RIU, profesionales de

servicios sociales y profesorado de los dos institutos públicos de Algemés. Este grupo revisó y actualizó el mapa de activos para la salud de El Raval y realizó el diseño y programación de los Espacios “Barri-Escola”. De este modo, se siguió la recomendación de que sean las propias personas de las comunidades las que planifiquen conjuntamente con el personal técnico de los servicios las acciones de promoción de salud (co-producción) (141).

“Barri-Escola” es un proyecto de la asociación Vincles Salut que obtuvo financiación parcial a través de una convocatoria de ayudas de una entidad bancaria (Obra Social La Caixa) y pudo ser desarrollado de septiembre de 2012 a octubre de 2013 (144). Aunque el proyecto fue planteado para ofrecer apoyo durante 5 años (6º curso de Educación Primaria y los cuatro cursos de la ESO), la administración local no facilitó financiación para su continuidad y fue interrumpido. En 2016, por solicitud de la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Algemés, el proyecto fue revisado y actualizado desde la Facultat de Magisteri de la Universitat de València y el personal de RIU. Se ha logrado financiación para su implementación a partir del último cuatrimestre de 2017. Esto es una muestra de la debilidad del apoyo institucional a la sostenibilidad de los proyectos que se llevan a cabo en estos entornos que acumulan gran cantidad de intervenciones puntuales sin continuidad que acarrear frustración entre profesionales y población.

Un aspecto importante a destacar es que los mapas de activos son instrumentos abiertos y dinámicos. Se revisan y actualizan en las sucesivas acciones de promoción de salud que se llevan a cabo en los entornos. Pueden ser aplicados a un tema general como es la mejora de la salud o de la salud mental (113) o a temas concretos como por ejemplo la promoción de la actividad física o la alimentación. En el caso de El Raval, el mapa fue revisado en 2011, durante el desarrollo del proyecto RIU Violeta (una investigación-acción participativa aplicada a la prevención de la violencia de género) (145) y nuevamente en 2015, durante el diseño del Plan Integral de Acción Comunitaria del barrio para el período 2017-2020 (138). En ambos trabajos, el mapa fue tenido en cuenta en la planificación de las actuaciones.

#### **8.2.4.2. Conexiones y dinamización del mapa del barrio de L'Alquerieta**

En el estudio del barrio de L'Alquerieta, agentes de salud y profesionales de los distintos sectores trabajaron conjuntamente en las sesiones de dinamización del mapa para conectar activos y realizar propuestas de acción. Las conexiones entre activos (tabla 75 y figuras 16 y 17) versan sobre formación, actividad física y deporte, limpieza y cuidado del entorno, convivencia, redes solidarias y apoyo a personas mayores y dependientes o la violencia de género y están pensadas para los grandes grupos de población, incluyendo también personas con diversidad funcional e incorporando el enfoque de equidad. Algunas de ellas, como por ejemplo la vinculada a facilitar el acceso a las instalaciones del barrio para la práctica de la actividad física los fines de semana o el relacionar a las asociaciones deportivas y tiempo libre con la población juvenil son similares a las nombradas en los estudios de DychkFehderau et al (123) y de Oliva et al (146). Otras van encaminadas a facilitar el acceso a diferentes tipos de servicios (de salud, sociales, de atención a la violencia de género, de información juvenil, etc.), instalaciones (para la práctica de la actividad física), asociaciones o pequeños comercios. Las propuestas de acción para mejorar el barrio se muestran en la tabla 76. Al igual que ocurría en el estudio de El Raval, las acciones relacionadas con la formación de la población son las más numerosas, seguidas de limpieza del barrio, los entornos físico y social y la participación ciudadana. En este sentido, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España propone entre sus recomendaciones poner en marcha acciones dirigidas a evitar el abandono de la escolarización y la educación formal en poblaciones desfavorecidas, incorporar objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y prestaciones sanitarias o promover en todos los barrios áreas para realizar actividad física para todos los grupos de edad, como por ejemplo, en las actividades extraescolares desde los colegios (3).

Tras la presentación de los temas necesarios a tratar en el barrio, resultado de un estudio paralelo en el que participaron agentes de salud y profesionales de distintos servicios (tabla 77 y anexo 2), la acción priorizada fue la limpieza de espacios físicos del barrio y la realización de actividades en ellos (tabla 78).

En una fase posterior, las personas agentes de salud, vecinos y vecinas, representantes de distintas asociaciones y profesionales de servicios e instituciones elaboraron

conjuntamente el diseño y planificación de la acción basada en la dinamización de activos. La acción elegida fue una yincana como acción de sensibilización comunitaria relacionada con la limpieza y cuidado del barrio y la práctica de la actividad física. En la tabla 80 y en el anexo 3 se describe con detalle la acción. La figura 18 muestra las conexiones entre los distintos tipos de activos del barrio y del resto del municipio: activos persona, grupos y asociaciones, servicios e instituciones, espacios físicos e infraestructuras y relacionados con la economía local. Durante el diseño de la acción, se identificaron nuevos activos para la salud que podrían incorporarse al mapa y disponer de una versión actualizada del mismo. La yincana fue realizada en junio de 2014.

Por tanto, los resultados anteriormente descritos en este apartado permiten confirmar la tercera de las hipótesis de este trabajo de investigación: *las personas en situación de vulnerabilidad que residen en estos barrios pueden formar parte de grupos de trabajo junto con profesionales de distintos sectores para realizar propuestas de actuación de promoción de la salud y participar en su desarrollo.*

El diálogo mantenido entre los actores implicados durante la dinamización del mapa y en el diseño, ejecución y evaluación de la acción de promoción de salud resultado de dicha dinamización posibilitó establecer nuevas relaciones, más horizontales, basadas en el reconocimiento del otro, la confianza y la cooperación. Este trabajo situó a la ciudadanía en la co-producción de acciones y supuso aproximarse a los niveles deseados de participación para lograr el empoderamiento comunitario, capital social y mejores resultados en la salud y el bienestar señalados por Popay (93).

Ésta es una de las principales aportaciones de este trabajo de investigación: la capacidad para diseñar y llevar a cabo una acción de manera conjunta entre ciudadanía y profesionales, en entornos con elevada vulnerabilidad, entre grupos culturales diversos y a veces en conflicto por la competencia por los recursos y la distancia entre el personal técnico y la población. Otros estudios se limitan a la elaboración del mapa de activos o en el mejor de los casos a identificar conexiones entre activos. El equipo investigador contribuyó a generar dichos espacios compartidos y dinámicas asumiendo un papel clave de enlace.

Los aprendizajes del equipo investigador a partir de estos estudios y la revisión de la literatura identificada sobre la dinamización de los mapas de activos en acciones para la

mejora de la salud y el bienestar, permitieron describir de manera colaborativa con otros colegas, Cofiño et al, que trabajan con el modelo de activos una lista de comprobación (“*check-list*”) sobre cómo incorporar dicho enfoque en una acción planificada en salud (112). Esta propuesta es una adaptación del trabajo realizado en el distrito de Wakefield con el modelo de activos (113).

### **8.3. Aportaciones de la aplicación del modelo de activos en la promoción de la salud en contextos de vulnerabilidad**

Las estrategias de acción de la Carta de Ottawa y los temas clave de las sucesivas conferencias de Promoción de la Salud se incorporan en el modelo de intervención del proyecto RIU y por extensión se pueden concretar en entornos similares, en otros barrios en situación de elevada vulnerabilidad. El modelo de activos para la salud actúa como facilitador de esa concreción: de las políticas a las micro-políticas; a las actuaciones pequeñas pero concretas llevadas a cabo por las personas protagonistas: las vecinas y vecinos que viven en los dos barrios y las personas agentes de salud de base comunitaria.

La primera estrategia de acción de la Carta de Ottawa, elaborar una política pública saludable, se considera en el diseño del proyecto, fundamentado en el modelo de los determinantes sociales de la salud, y trata de influir en responsables políticos y directivos de los diferentes departamentos para la inclusión de la salud en todas las políticas de la administración local. Un ejemplo de ello ha sido el diseño del Plan Integral de Acción Comunitaria del barrio El Raval para 2017-2020 (138) con la constitución de un grupo mixto de ciudadanía, tejido asociativo y profesionales de los distintos departamentos de la administración local, educación y salud (asistencia sanitaria y salud pública). El documento está pendiente de aprobación. Así mismo, durante su diseño, se trabajó con la Corporación Local para valorar la posibilidad de solicitar financiación a la Estrategia de Desarrollo Urbano Sostenible e Integral. El Ayuntamiento de Algemés se ha presentado a la convocatoria en 2017 incluyendo objetivos dirigidos al barrio de El Raval.

La segunda estrategia, crear entornos que apoyen o favorezcan la salud, es central en este trabajo con la propia comunidad y con el personal técnico de los diferentes servicios públicos para influir sobre el entorno familiar, social (generando y extendiendo redes y relaciones de apoyo mutuo entre grupos), el acceso a los servicios de salud o a otros recursos, y los cambios en el propio barrio.

La tercera estrategia, fortalecer la acción comunitaria para la salud, se trabaja con la propia comunidad a través de crear y desarrollar capacidades posibilitando su participación en la identificación de las necesidades y de los activos para la salud del barrio, realizando de forma conjunta con el personal técnico propuestas de actuación y el desarrollo de las mismas. Así mismo, se crea y mantiene la red intersectorial del proyecto en la que se sitúa en la agenda el trabajo colaborativo y la acción comunitaria en salud con enfoque de equidad.

La cuarta estrategia, desarrollar habilidades personales, se concreta en el proceso de formación-acción del proyecto en el que las personas agentes de salud desempeñan el rol de educadoras entre iguales con el resto de la comunidad. Se crean y desarrollan capacidades que facilitarán en la ciudadanía la toma de decisiones que influirán en su salud y en la mejora del entorno en el que viven.

La quinta estrategia, la reorientación de los servicios de salud, es otro de los temas centrales en el proyecto. Desde la creación de la red intersectorial al inicio de la intervención, el trabajo intersectorial, la participación del personal de asistencia sanitaria y de salud pública en los ciclos de formación-acción, se trabajan competencias del personal técnico, se invita a participar progresivamente en las acciones comunitarias de salud y a incorporar la perspectiva de equidad en su trabajo.

Otra de los aprendizajes de esta investigación es que la metodología participativa empleada en la elaboración y dinamización de los mapas permite a la población y a profesionales incrementar la capacidad de trabajo conjunto (acción comunitaria en salud) y su potencial para conseguir cambios transformadores.

La relación entre los determinantes sociales de la salud, los diferentes tipos de activos identificados en ambos procesos, las conexiones establecidas entre ellos y las propuestas de acción se constatan en los dos procesos que se han descrito en esta investigación.

## 8.4. Limitaciones

El proceso de elaboración de los mapas de activos para la salud en los dos barrios y su dinamización a partir de la intervención participativa en salud RIU no ha estado exento de dificultades, incluso la propia intervención RIU tiene también sus propias limitaciones. Ambas se describen a continuación.

### 8.4.1. Limitaciones del modelo RIU

La Cartera de Servicios de Salud Pública en la Comunitat Valenciana de 2012 establece en la línea de actuación 1.7 la promoción de la salud en colectivos específicos de la población con especial vulnerabilidad. También el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana para el período 2016-2020 recoge en cada uno de los objetivos de la línea estratégica 2 realizar o reforzar intervenciones dirigidas a las poblaciones más vulnerables y en la línea estratégica 3 fortalecer la equidad, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación. Así mismo, el objetivo 5.7 establece “*apoyar los activos para la salud propios de la Comunitat Valenciana*” y menciona explícitamente al proyecto RIU en relación a la elaboración de un mapa de activos, las conexiones y dinamización de los mismos para responder a las necesidades del barrio y el diseño de intervenciones conjuntas entre población y profesionales. Las acciones para alcanzar este objetivo son “*potenciar la realización de mapas de activos en el diagnóstico de salud ...*”, “*impulsar la realización de intervenciones basadas en la conexión y potenciación de activos para la salud con la participación de la propia comunidad*” y “*proporcionar formación a profesionales y ciudadanía sobre el enfoque de salud positiva y activos para la salud*”(62), entre otras. Por otra parte, se ha creado la “Oficina Valenciana d'Acció Comunitària per a la Salut”, OVACS, dependiente de la Direcció General de Salut Pública. Desde la Direcció General d'Assistència Sanitària, la Direcció General de Salut Pública y la Direcció General d'Investigació de la Conselleria de Sanitat se ha impulsado recientemente la creación de las Comisiones de Salud Comunitaria de cada uno de los departamentos de salud. El contexto es propicio para el desarrollo de proyectos de salud comunitaria y del enfoque de activos desde la administración autonómica.

Sin embargo, los proyectos de salud comunitaria que se desarrollan en poblaciones en situación de vulnerabilidad continúan siendo escasos en la Comunitat Valenciana: el proyecto MIHSALUD en Valencia, RIU en Algemés y Alzira, los programas de intervención comunitaria intercultural en Paterna, Elche Convive y los proyectos de mediación intercultural en atención primaria en Alicante. Además, en casi todos ellos, su desarrollo es posible por la financiación de las administraciones locales y/o de la obra social de una entidad bancaria, eso sí, con el respaldo de los departamentos de salud (asistencia sanitaria y salud pública) que se traduce en la participación del personal técnico en su desarrollo.

Una de las limitaciones con las que estos proyectos de salud comunitaria, y en particular RIU, se encuentran es la limitación a la hora de influir sobre las causas de las causas de las desigualdades sociales en salud. La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España señala la necesidad de un compromiso para incorporar la salud y la equidad en todas las políticas que posibilite la reducción de desigualdades (147). Los principales temas de la realidad social de los barrios en situación de vulnerabilidad atentan contra los derechos humanos, como son la pobreza, el desempleo, la degradación urbana, el aumento de la brecha social, el racismo o la discriminación entre otros, trascienden la capacidad de actuación del propio proyecto, siendo necesarias políticas de actuación integral en estos entornos que, a nuestro juicio, deben ser impulsadas por la administración local. La falta de inversión por parte de la administración conduce a la disonancia cognitiva del equipo técnico del proyecto: nuestro modelo de referencia es el de los determinantes sociales de la salud y sin embargo nuestras actuaciones se ven, en la mayoría de las ocasiones, limitadas a un ámbito de reducida influencia. Esta incongruencia puede generar a la larga el desgaste profesional del equipo.

En lo que se refiere al sector salud, nos encontramos también con una limitada capacidad para influir en la reorientación de los servicios y, concretamente, de atención primaria. Las posibilidades son todavía menores, a nuestro juicio, si se tiene en cuenta además el modelo de gestión privada de la asistencia sanitaria que actualmente se da en el departamento de salud de La Ribera. En el proyecto, no se ha logrado aumentar el compromiso de la dirección de asistencia sanitaria destinando recursos humanos para su desarrollo. Si la acción comunitaria en salud formara parte de la agenda más allá de las meras acciones puntuales de promoción de salud (las ineficaces “charlas”, jornadas,

video-forum, etc.) y se posibilitara el desarrollo de la vertiente comunitaria del personal sanitario (tanto de enfermería como de medicina familiar y comunitaria para otras funciones distintas a dirigir las rutas sanas), se podría explorar la extensión del proyecto a otros municipios del departamento. Sin embargo, el enfoque predominante de la promoción de la salud en la atención primaria continúa siendo la orientación individual centrada en los factores de riesgo de la salud y los “estilos de vida” y confundir la promoción de la salud con la prevención de las enfermedades. Tampoco desde el proyecto se ha conseguido, a pesar de reiterarlo, que las actuaciones del departamento en determinados temas de salud (paciente activo, prevención de la violencia de género, promoción de la actividad física o de la salud mental) hayan considerado los barrios en situación de vulnerabilidad como escenarios necesarios en los que llevarlas a cabo.

En los últimos dos años, con los cambios en la dirección de asistencia sanitaria, se han impulsado algunas actividades relacionadas con la salud comunitaria tales como jornadas de sensibilización de profesionales o la participación en grupos de trabajo intersectorial vinculados a la acción local en salud. Ni se ha logrado que sean los propios servicios de salud quienes desempeñen funciones de liderazgo en las acciones comunitarias en salud en los barrios en situación de elevada vulnerabilidad. Posiblemente el que la salud comunitaria no sea una prioridad en los acuerdos de gestión y no se contemple ésta como tal en la agenda laboral son los elementos que explican este papel secundario o pasivo en el diseño y/o desarrollo de las acciones.

Las intervenciones comunitarias centradas como en nuestro caso en la educación entre iguales tienen una serie de limitaciones. Algunas de ellas se han encontrado también en los programas de mediación en salud con minorías étnicas. El infravalorar la capacidad de la ciudadanía para conducir acciones de salud comunitaria en los municipios, el no considerar la experiencia de las personas agentes de salud en posibles opciones laborales en otros sectores o el no posibilitar su participación en los espacios formales de decisión y en los de trabajo conjunto son algunos ejemplos. La administración no valora suficientemente el trabajo de las personas que realizan actividades de mediación en salud ni la experiencia acumulada que disponen, siendo éste un aspecto común a otros programas de mediación en salud, como recogen Silva et al (148). A nuestro juicio, la participación comunitaria no ha de estar circunscrita a los niveles de información y consulta sino que se requiere avanzar hacia el poder delegado y el control por la propia comunidad.

Otra limitación es la necesidad de supervisión de las personas agentes de salud y la formación continuada que precisan. Durante el ciclo de formación-acción, se contempla la formación por parte de profesionales de los servicios y del equipo técnico RIU así como el apoyo y la supervisión en las acciones que realizan. Sin embargo, finalizado el ciclo (que dura 9 meses), no se llevan a cabo acciones de formación ni de seguimiento de las actividades que continúan realizando de manera informal. Facilitar esta supervisión requeriría financiación adicional a la concedida anualmente para desarrollar el proyecto, cuando además, en uno de los barrios, la financiación recibida es inferior al coste del mismo. Otros estudios señalan la falta de supervisión y educación continua como desafíos frecuentes en los programas de trabajadores de la salud comunitaria y de mediación en salud por ejemplo en población romaní (148).

Tampoco la intervención RIU, en relación a la sostenibilidad de las personas agentes de salud, ha podido generar un segundo proyecto en el que continuar trabajando con ellas ni haber puesto en marcha algún subproyecto en el que contar con algunas becas o incentivos económicos (superiores a los concedidos en cada edición). En relación al personal de asistencia sanitaria, no se ha conseguido hasta el momento la incorporación de profesionales que puedan realizar las funciones del equipo técnico RIU y facilitar de este modo la extensión del proyecto a otros municipios y departamentos de salud.

Otras limitaciones están relacionadas con no evidenciar el trabajo de creación y mantenimiento de la red de profesionales de diferentes sectores en la intervención. La percepción externa continúa siendo que en el proyecto se trabaja exclusivamente con la ciudadanía y las personas agentes de salud y no se actúa sobre los entornos ni se potencia la acción intersectorial en salud. Dado el carácter “invisible” del trabajo realizado con el personal técnico de los servicios, es necesario incorporar posibles estrategias que permitan modificar la percepción señalada.

Finalmente, la evaluación de la intervención RIU es otra línea en la que se necesita continuar avanzando. Se han mantenido reuniones con la Unidad de Epidemiología del Centro de Salud Pública de Alzira, la OVACS y el área de Desigualdades en Salud de FISABIO para delimitar y definir los indicadores de evaluación de resultados del proyecto en el acceso y uso de determinados servicios de salud y programas preventivos de la población del barrio en comparación con el resto del municipio. Sin embargo, la falta de recursos humanos ha imposibilitado el realizar esta evaluación y que pudiera

servir su diseño para evaluar otros proyectos similares de salud comunitaria. Disponer de resultados de evaluación ayudará a tomar decisiones sobre los cambios a introducir en la propia intervención y sobre su extensión o no a otros barrios.

#### **8.4.2. Limitaciones de este estudio de investigación**

Una primera limitación está relacionada con la muestra, con el número y la composición de los grupos participantes en la investigación en ambos barrios, tanto de la ciudadanía como del personal técnico, que fueron los que en el momento del estudio estaban vinculados a la intervención RIU: agentes de salud y profesionales de la red intersectorial. El número reducido de participantes en los grupos, la presencia mayoritaria de mujeres agentes de salud y los perfiles profesionales del personal técnico pudo haber influido en los resultados de los mapas y las conexiones entre activos, por lo que los principales resultados no son generalizables ni transferibles a otros barrios y entornos en situación de vulnerabilidad del departamento de salud de La Ribera o de otros departamentos de la Comunitat Valenciana. Limitaciones similares relacionadas con la muestra se han señalado en los estudios de DychkFehderau et al (123), South et al (126) y Hilfinger et al (128) para identificar activos en entornos vulnerados.

Existe un sesgo de género en la presente investigación. Por un lado, la participación de un mayor número de hombres de la ciudadanía podría haber supuesto la identificación de otros activos para la salud no señalados por las mujeres y haber establecido conexiones vinculadas por ejemplo al rol masculino tradicionalmente asociado al trabajo productivo. Por otra parte, las mujeres de los entornos de elevada vulnerabilidad sufren todas las situaciones posibles de discriminación: residir en un barrio en exclusión, las condiciones de pobreza, pertenecer a un grupo cultural minoritario y los mandatos de género de la sociedad global y machista en la que continuamos viviendo (trabajo reproductivo, interrupción de los estudios, brecha salarial, etc.). Ante esta injusticia social, la participación de las mujeres, la mayoría de procedencias culturales y etnias minoritarias (Magreb y etnia gitana), es un valor añadido. Su participación en los espacios que se generaron de diálogo y trabajo colaborativo con el personal técnico sobre los recursos existentes en los barrios, las posibles acciones que se podrían desarrollar, su priorización y la dinamización de las mismas supuso una mejora de su

autoconcepto y autoestima, de la confianza mutua y reciprocidad en las interacciones sociales (capital social) (141) y un avance hacia el empoderamiento de las mujeres de la investigación y el empoderamiento comunitario. Así mismo, ha supuesto la construcción de interculturalidad y convivencia. Ahora bien, la baja presencia de mujeres de la sociedad española mayoritaria en los grupos de agentes de salud es un elemento que necesita ser corregido.

Otra limitación que ya ha sido comentada anteriormente, fue la obtención de información de las personas entrevistadas (ciudadanía y profesionales) por los grupos de agentes de salud para la identificación de activos. Dicha dificultad pudo deberse a la técnica de investigación cualitativa escogida para la recogida de la información: entrevista individual semi-estructurada. Otras técnicas de investigación como la entrevista individual estructurada utilizada por Álvarez-Dardet et al en un estudio de la Universitat d'Alacant (149) o las actividades creativas de participación comunitaria en la experiencia realizada en Sheffield en Reino Unido con líderes comunitarios (126) para identificar activos en los barrios podrían ser muy útiles en futuros estudios.

Los perfiles profesionales del personal técnico participante en los estudios, de determinados sectores y servicios (salud pública, asistencia sanitaria, servicios sociales y educación, mayoritariamente), es otra de las limitaciones del estudio. La inclusión de otros perfiles vinculados por ejemplo a urbanismo, medio ambiente y trabajo podría haber sido útil para identificar activos de las categorías personas, espacios físicos e infraestructuras y economía local, y lo más importante, haber establecido conexiones y propuesto acciones basadas en dichos activos vinculadas a urbanismo, parques y zonas verdes, espacio público y, especialmente, a la promoción económica de los barrios. Como señalan la Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud de España (147) y Rojas (142), las políticas públicas impulsadas desde estos sectores determinan en gran medida la salud de la población.

Otra limitación es la no participación de responsables de la política y direcciones de los departamentos con capacidad de decidir en las políticas públicas de ámbito local, como sí que se ha tenido en cuenta en otros estudios de investigación (149). La incorporación en el estudio de quienes toman las decisiones podría generar ventanas de oportunidad al incorporar el enfoque de activos que contribuye a la concreción de la Salud y Equidad

en Todas las Políticas en los órganos de gobierno de la administración y a vincular con mayor intensidad lo macro con lo micro.

No obstante, a pesar de estas limitaciones, esta investigación aporta conocimiento metodológico a partir de la sistematización de una experiencia de intervención en temas relevantes para elaborar mapas de activos y especialmente dinamizarlos en acciones de promoción de salud y además, dicho conocimiento no sólo es útil en contextos de elevada vulnerabilidad.

Como se ha comentado anteriormente, el personal técnico de los servicios y la dirección de los departamentos no han integrado el enfoque de activos para la salud en su trabajo, en la planificación de las acciones en los barrios ni en el desarrollo de las mismas. El modelo va más allá de la elaboración de mapas y del uso de técnicas de participación comunitaria con la población. Se ha de continuar avanzando en la reorientación de los servicios y sus profesionales para que se impregnen de estos enfoques positivos y se conviertan en facilitadores de estos procesos.

La dinamización del mapa de activos para la salud y su relación con los determinantes sociales de la salud excede a las posibilidades de actuación de la intervención RIU como ya se ha señalado anteriormente. Esta limitación ha sido señalada también en otro trabajo sobre los programas de mediación en salud en el pueblo gitano: la mediación en salud no puede abordar los determinantes de la pobreza (148). Las decisiones dependen de otros departamentos de la administración local (urbanismo, medio ambiente, trabajo o educación) sobre los que no se tiene capacidad de influir. El compromiso e implicación de responsables de salud pública y asistencia sanitaria son clave para la gobernanza en salud. Otro elemento íntimamente relacionado es la financiación y sostenibilidad de las actuaciones que ponen en riesgo la eficacia del enfoque de activos. Tanto la ciudadanía como el personal técnico se plantean la utilidad de este trabajo y la inversión de tiempo que supuso.

Por otro lado, en este trabajo de investigación no se tuvo en consideración la evaluación por parte de la ciudadanía y del personal técnico del proceso de elaborar mapas de activos y de cómo dinamizarlos, así como de los resultados del mismo. Es necesario avanzar en generar evidencia relacionada con la evaluación (140) y demostrar si incorporar el enfoque de activos en las intervenciones de promoción de la salud y si los

mapas de activos y su dinamización conducen a la mejora de la salud y a reducir desigualdades. Morgan y Hernán señalan que la evaluación puede contribuir a apoyar al personal técnico a incorporar la teoría del cambio y lograr resultados, garantizar que los resultados de las actividades se relacionen con los recursos que existen y el tiempo invertido en ellas y, por último, establecer los indicadores que permitan mostrar las ganancias en salud (108).

En salud pública y asistencia sanitaria, se continúan implementando programas y actividades de manera automática sin incorporar el enfoque de equidad y el universalismo proporcional por lo que, a nuestro juicio, se requiere una revisión y adaptación de los mismos para que contemplen la realidad de todo el gradiente social. La evaluación de resultados en los proyectos de promoción de salud y de salud comunitaria es necesaria para generar conocimiento y evidencia que permita a quienes planifican y gestionan los servicios tomar decisiones sobre la continuidad de los programas, las modificaciones pertinentes en los mismos así como su posible transferencia o no a otros entornos. Existen iniciativas nacionales e internacionales que identifican criterios e indicadores de calidad que pueden ser útiles en el diseño de la evaluación de los proyectos (150-152).

Actualmente, en España, se están llevando a cabo múltiples experiencias de mapeo de activos para la salud desde salud pública y asistencia sanitaria tal y como se manifiesta en el número de comunicaciones presentadas a congresos específicos de promoción de salud y salud comunitaria<sup>17</sup>. A nuestro juicio, la baja capacitación y escasa reflexión del personal técnico sobre el modelo de activos, el enfoque reduccionista del mismo entendido como la simple elaboración de mapas de recursos vinculados a un determinado tema de salud (como ahora la tendencia en alza de disponer de mapas para la “prescripción” de la actividad física o a la “recomendación” de activos desde la consulta de atención primaria) y la proliferación de plataformas digitales de geolocalización de activos (en ocasiones, son sólo recursos que existen en la comunidad) ponen en riesgo los posibles beneficios del modelo, los cuales, como se ha comentado, todavía están pendientes de demostrar. Por todo lo expuesto, se necesita desarrollar y evaluar los proyectos y actividades basadas en el modelo de activos para

---

<sup>17</sup> Congreso “Activos para la salud comunitaria” Granada, 25-26 de mayo de 2017, organizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con la Alianza de Salud Comunitaria. <http://www.congresoactivosgrx.es/mesa-2/>

demostrar su efectividad respecto de otros centrados en el enfoque de las necesidades (103) antes de continuar extendiendo la “moda” de los mapas y el uso (o mal uso) del enfoque de activos. Los foros científicos actuales son sensibles a esta necesidad<sup>18</sup>. Sin embargo, no sólo se requiere sensibilidad sino también inversión de recursos (financiación y alianzas entre instituciones y servicios) por parte de los organismos de investigación y de gestión de las políticas públicas tanto de la administración autonómica como estatal.

Por otra parte, se han formulado diferentes críticas al modelo de activos para la salud que van desde el propio concepto de activos (“*health assets*”), el ser una nueva denominación del desarrollo comunitario o el no tener en cuenta las necesidades o problemas en las intervenciones. Todas ellas tienen que ver con definiciones simplistas o malinterpretadas de los conceptos del modelo.

El propio término de activos para la salud ha generado controversia. Álvarez-Dardet y Ruiz, anticipando el mal uso y falta de comprensión conceptual del término, íntimamente asociado además a la crisis económica global, propusieron utilizar el término “*patrimonio de salud*” que señalaban además incluía la acepción de legado cultural (104). También, posteriormente, Álvarez-Dardet et al acuñaron el término “*activos para la salud pública*” definido como “*expresión del patrimonio de las comunidades justas, equitativas y democráticas, como resultado de sus esfuerzos organizados; esto se logra facilitando el empoderamiento comunitario y las capacidades que mejoran, promueven y restauran la salud de las poblaciones, y que pueden ayudar a reducir las desigualdades en salud*” (109). Esta definición pretendía redirigir la promoción de la salud a una orientación poblacional evitando poner el acento nuevamente en la orientación individual de prevención de enfermedades característica de la práctica clínica y salubrista del modelo biomédico. En esta investigación, los barrios con la experiencia de elaborar y dinamizar los mapas tienen asociado un patrimonio de capacidades que antes no tenían (por el contrario, estaban y están estigmatizados y segregados por los déficits). Las políticas locales de los municipios que acogen estos barrios no son justas ni equitativas ni democráticas y no

---

<sup>18</sup> Congreso “Activos para la salud comunitaria” Granada, 25-26 de mayo de 2017, organizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con la Alianza de Salud Comunitaria. <http://www.congresoactivosgrx.es/2017/05/10/como-evaluar-proyectos-de-promocion-de-la-salud-que-incorporan-la-perspectiva-de-activos/>

aprovechan todo el patrimonio que ha emergido de ambos barrios. En ambos procesos ha habido un esfuerzo organizado y se han facilitado procesos de capacitación y empoderamiento aun cuando no se ha podido medir el impacto en la mejora de la salud y en la reducción de desigualdades. En definitiva, el modelo de activos incorporado a la intervención RIU adopta también esta mirada patrimonial de la definición y no se limita a trabajar aspectos individuales.

Siguiendo con la no comprensión del modelo, el enfoque de activos no implica en ningún caso obviar las necesidades y problemas que existen en los entornos sino redirigir el equilibrio entre ambas miradas, la del déficit y la de las capacidades.

Por otra parte, el modelo puede ser considerado una renovación de los enfoques de desarrollo comunitario en los entornos en situación de elevada vulnerabilidad, como es el caso de los dos barrios en los que se ha llevado a cabo la investigación, aunque esta idea no es generalizable a otros contextos y poblaciones. El modelo pone el foco en las personas las cuales, a su vez, forman parte de sistemas diferentes y progresivamente más amplios en las comunidades, barrios, municipios, ciudades (ciudades denominadas “sistemas anidados” por Vaandrager y Kennedy (137)). Las personas adquieren y desarrollan capacidades que les serán útiles para afrontar las situaciones adversas con los que se encontrarán a lo largo de la vida.

No obstante, la crítica más importante al modelo fue expresada por Friedli tiene que ver con *“la incapacidad de cuestionar el equilibrio de poderes entre los servicios públicos, las comunidades y los intereses empresariales”* y subraya la expectativa de que los gobiernos puedan utilizar el enfoque de activos como argumento perfecto para justificar el recorte en los servicios públicos enarbolando la bandera de la autogestión de la ciudadanía (140). Efectivamente éste puede ser un riesgo al que se enfrenta el modelo de activos para la salud y también los proyectos de salud comunitaria basados en la educación entre iguales (como es el proyecto RIU), riesgo que ha de ser tenido especialmente en cuenta. En distintas Comunidades Autónomas, se evidencia un compromiso político de respaldar y poner en práctica el modelo de activos incluyéndolo en los documentos de las políticas (62), (153), o incluso en la legislación de salud pública, como es el caso de Andalucía (154).

La Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en España recomendaba *“fomentar el acceso a entornos de vida (barrios, pueblos y viviendas) generadores de salud, empezando por las áreas más desfavorecidas [...] la promoción de salud debe basarse en la creación de entornos favorecedores de hábitos saludables y priorizar la participación de la población más desfavorecida”* (147). En este sentido, la promoción de la salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad ha sido incorporada a la cartera de servicios de salud pública en la Comunitat Valenciana, se está trabajando en la elaboración de un mapa de zonas de vulnerabilidad y se han referenciado los programas de educación entre iguales (como son los proyectos RIU o MIHSALUD) en el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, aunque hasta la fecha, no ha habido asignación presupuestaria para su desarrollo, lo que dificulta en parte su extensión a otros municipios del departamento o de otros departamentos de salud. Otras Comunidades Autónomas, como es el caso de Cataluña, están realizando una apuesta mayor invirtiendo recursos para promover la salud en zonas de elevada vulnerabilidad con el objetivo de reducir desigualdades sociales en salud (155). Por tanto, la sensibilidad es necesaria pero no suficiente. Se necesita financiación y reorientación de los servicios e instituciones para desarrollar proyectos y actividades basados en la dinamización de activos y la evaluación de los mismos para generar evidencia. La Direcció General de Salut Pública va a poner en marcha una iniciativa para financiar a aquellos municipios que desarrollan proyectos de intervención comunitaria para reducir desigualdades en salud.

## **8.5. Líneas futuras de investigación**

Uno de los aspectos que no se ha explorado en este trabajo de investigación y en el que resultaría de interés profundizar es el análisis de las razones por las cuales la ciudadanía y el personal técnico de los servicios consideran que determinados recursos son considerados o no activos para la salud. La investigación cualitativa y el análisis del discurso pueden ser apropiados para dicho cometido.

Otro de los temas sobre los que es necesario avanzar es cómo incorporar el enfoque de activos para la salud en los proyectos de promoción de la salud y de salud comunitaria que actualmente se están llevando a cabo desde la administración. En nuestro caso, la

incorporación del enfoque de activos en el diseño de la intervención RIU y en sus diferentes etapas, desde los acuerdos políticos y directivos, pasando por la constitución de la red intersectorial de profesionales y otros agentes sociales del proyecto, la elaboración del documento proyecto, la selección de las personas que van a ser formadas y a actuar como agentes de salud, el proceso de formación-acción y la evaluación del proyecto y la difusión de sus resultados. Una primera aproximación fue realizada ya en el proyecto de investigación-acción participativa sobre prevención de la violencia de género realizada en Sueca desde el proyecto RIU (77) y el RIU Violeta.

Como ya se ha señalado con anterioridad, la evaluación del modelo de activos es uno de los grandes desafíos con los que nos enfrentamos. Por una parte, cada vez se genera mayor conocimiento sobre la teoría de la salutogénesis y cómo se relaciona el sentido de coherencia de las personas para afrontar las situaciones de adversidad a lo largo de la vida y en los diferentes entornos en los que vivimos. Un ejemplo es el manual sobre salutogénesis de Mittelmark et al (156). También surgen estudios que relacionan el sentido de coherencia con los activos para la salud tanto en población general como en determinadas etapas de la vida, como los de Juvinyà-Cano et al (157) y Colomer (158) y en contextos de elevada vulnerabilidad, como los de Agulló-Cantos (130) y Vera-Remartínez et al (114).

Pero hemos de ir más allá del plano descriptivo de las correlaciones y desarrollar actuaciones de promoción de salud basadas en los resultados de estos estudios así como evaluar dichas intervenciones y determinar si los resultados obtenidos nos permiten corroborar la mejora de la salud y el bienestar de la población y la reducción de desigualdades sociales en salud tal y como preconiza el modelo de activos.

Así pues, se precisa evaluar: a) si en los diseños de intervención se han incorporado los recursos que la literatura sobre salutogénesis y los factores protectores de la salud de la epidemiología evidencia que promueven salud y bienestar; cómo se ha incorporado el modelo de activos en las actuaciones de promoción de salud; b) diseñar modelos de evaluación de proyectos de promoción de salud basados en activos (los trabajos de Granizo y Gallego-Diéguez (150), la herramienta de evaluación rápida de equidad del Observatorio de Salud de Asturias (159) o el instrumento EQUIHP (151) pueden ser un punto de partida); c) si las intervenciones han alcanzado los resultados esperados en relación a los objetivos formulados no sólo en la mejora de resultados en salud sino

también en la reducción de desigualdades en el gradiente social; d) si los resultados en salud de las intervenciones con enfoque de activos son mejores que las estrategias poblacionales tradicionales de la salud pública y aquellas otras centradas en modificar los comportamientos individuales de las personas; e) determinar las conexiones entre activos que se han establecido en las intervenciones y si su dinamización ha permitido en última instancia transformar las relaciones entre los diversos grupos de la ciudadanía, el personal técnico de los servicios y quienes planifican y son responsables de las políticas públicas en aras del empoderamiento comunitario y el capital social de las comunidades.

En esta línea sobre la evaluación del capital social, como ya han puesto de manifiesto Villalonga-Olives y Kawachi, es necesario en primer lugar, determinar qué tipo de capital social va a ser considerado en la investigación y evaluación de las intervenciones; en segundo lugar, decidir las medidas del capital social que serían necesarias (en el entorno familiar, de barrio, laboral, de entidades colectivas, etc.); en tercer lugar, y teniendo en cuenta, según los autores, la inexistencia de un cuestionario para evaluar el capital social, *“incluir preguntas relacionadas con la pertenencia a organizaciones cívicas, la confianza interpersonal y las normas percibidas de reciprocidad”* (133); y finalmente, la necesidad de realizar estudios con muestras grandes para generar evidencia sobre la relación entre capital social y resultados en salud.

De todo ello concluimos que la evaluación necesariamente ha de ser multimétodo y con participación de profesionales de diferentes disciplinas de las Ciencias de la Salud, las Ciencias Sociales y Estadística.

Finalmente, una última posible línea de investigación tiene que ver con la transferencia del conocimiento generado en esta investigación a otros barrios en situación de elevada vulnerabilidad pero también a otros contextos y a la población general.



## CAPÍTULO 9

### CONCLUSIONES

---

1. Los resultados de esta investigación permiten confirmar la primera hipótesis de la investigación: los barrios en situación de elevada vulnerabilidad en los que se concentran numerosas desigualdades sociales disponen de activos que pueden ser conectados y dinamizados para la mejora de la salud de la población y del propio entorno.
2. Se confirma la segunda hipótesis de la investigación: las personas que residen en dichos barrios son capaces de identificar activos para la salud en mayor medida que el personal técnico que trabaja en los servicios públicos de la administración.
3. Se confirma la tercera hipótesis de la investigación: Las personas en situación de vulnerabilidad que residen en estos barrios pueden formar parte de grupos de trabajo de profesionales de diferentes sectores para realizar propuestas de actuación para promover la salud de la población y del entorno y participar en su desarrollo.
4. El proceso de elaboración de un mapa de activos en el barrio de El Raval de Algemesí permitió incorporar las siguientes mejoras en la metodología de construcción del segundo de los mapas en L'Alquerieta de Alzira: dos investigadoras conducen las sesiones; se incorpora la categoría cultura como activo para la salud; modificación de los materiales de recogida de información (preguntas y planillas); representación en papel del mapa de activos según tipología y localización; relación del análisis de necesidades del barrio con el mapa; y composición mixta de los grupos de trabajo (agentes de salud y profesionales) en la dinamización de activos.
5. Los principales logros de incorporar el enfoque de activos han sido: la participación activa de las personas más vulnerables en la investigación como

principales protagonistas del proceso; el trabajo conjunto entre el personal técnico y las personas agentes de salud (nivel de co-producción en la escala de la participación); el trabajo intersectorial (salud pública, asistencia sanitaria, servicios sociales y educación), la vinculación de los activos a los determinantes sociales de la salud y a las acciones; y el establecimiento de relaciones que tienden al reconocimiento y la confianza entre grupos sociales distintos (“*bridging social capital*”) y el personal de los servicios de la administración (“*linking social capital*”).

6. Las propuestas recomendadas para superar las dificultades halladas en el proceso de elaboración de los mapas fueron: formación del equipo investigador y asesoría de personal experto en el modelo de activos; entrenamiento de la ciudadanía en técnicas de recogida de información y selección de las mismas en función de sus capacidades; distinción entre activos para la salud reales y potenciales; y revisión de la evidencia en relación a la elaboración de los mapas y su utilidad.
7. Las técnicas de investigación participativa que se han utilizado para elaborar los mapas de activos y la dinamización de los mismos (entrevistas individuales y grupales, dinámicas participativas y representación gráfica de los mapas en papel) han resultado válidas para trabajar en estos entornos.
8. Los mapas de activos para la salud han sido dinamizados en ambos barrios entendiendo por dinamización establecer conexiones entre activos de distintos tipos (personas, grupos y asociaciones, servicios e instituciones, espacios físicos e infraestructuras, economía local y cultura, ésta última en L'Alquerieta) y ámbito territorial (relacionando recursos del barrio con otros situados en otras zonas del municipio).
9. Los activos identificados con más frecuencia son, en ambos barrios, las personas y los servicios e instituciones. Los activos que se identifican con menos frecuencia son los grupos y asociaciones (bajo tejido asociativo en los dos barrios, desconocimiento del tejido asociativo del municipio y existencia de “*bonding social capital*”) y los espacios físicos e infraestructuras (escasos

espacios verdes e instalaciones deportivas en los barrios, espacio público y equipamiento degradado). En El Raval, los activos de la economía local son citados por el personal técnico, se sitúan fuera del barrio y se relacionan con la promoción económica. Sin embargo, en L'Alquerieta, se identifican en el barrio pero por su proximidad para adquirir productos. Los activos cultura (explorados únicamente en L'Alquerieta) se sitúan en el barrio y en el resto del municipio, son en su mayoría festividades y su valor reside en el fomento de las relaciones sociales entre el vecindario.

10. La representación gráfica del mapa en L'Alquerieta utilizando la herramienta *Google Earth*® sirvió para la alfabetización digital de las personas agentes de salud y la visualización de quienes toman decisiones políticas y planifican los servicios pero no para dinamizar los mapas. Sin embargo, la clasificación de los activos en papel según tipología y localización fue muy productiva en ambos barrios durante la dinamización.
11. En ambos barrios, las propuestas de acción basadas en conexiones de activos de los mapas incorporaron el enfoque de equidad (grupos de edad con mayor vulnerabilidad, género y procedencia cultural o etnia) y versaron sobre: formación (las más numerosas), actividad física y deportiva, convivencia entre el vecindario y redes solidarias y de apoyo mutuo.
12. Las acciones de promoción de salud basadas en las conexiones entre activos tuvieron en cuenta las necesidades de la población del estudio. La elaboración del mapa y la dinamización del mismo tuvo como resultado el diseño de las propuestas de intervención comunitaria en salud: en El Raval, la no finalización de la Educación Secundaria Obligatoria por parte del alumnado del barrio dio lugar al diseño del proyecto “Barri-Escola”; en L'Alquerieta, la falta de limpieza del entorno y la necesidad de promover la actividad física condujo al diseño de una yincana.
13. El número reducido de participantes, la presencia mayoritaria de mujeres agentes de salud, los perfiles profesionales del personal técnico y el no contar con responsables de la política pudo haber influido en los activos identificados y sus

conexiones, por lo que los resultados no son generalizables ni transferibles a otros barrios y entornos en situación de elevada vulnerabilidad.

14. La incorporación del enfoque de activos para la salud en el diseño de la intervención comunitaria RIU y por extensión de otros proyectos de salud comunitaria y de promoción de salud es una línea futura de investigación.
15. Finalmente, la evaluación del proceso de elaboración de los mapas y su dinamización así como la de los resultados no fue considerada en el estudio. Éste es actualmente uno de los grandes retos a los que se enfrenta el modelo de activos para la salud y que permitirá constatar si efectivamente contribuye a mejorar la salud y el bienestar de la población y a reducir desigualdades sociales en salud.

## REFERENCIAS

---

- (1) OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
- (2) Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró-Pérez R et al. Herramientas de transferencia de un modelo de buena práctica para desarrollar la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en Población Vulnerable en el Sistema Nacional de Salud. València: CSISP; 2010. Informe elaborado para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- (3) Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Consultado el 15/05/2017]. Disponible en: [http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politiclas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf)
- (4) Kretzmann J, McKnight J. Building Communities from the Inside Out: A Path toward Finding and Mobilising a Community's Assets. Illinois: Institute for Policy Research, Evanston; 1993.
- (5) Antonovsky A. Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
- (6) Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria. Cátedra de Promoción de la Salud, Universitat de Girona; 2011.
- (7) Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores. Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action. New York: Springer; 2010. 362 p.
- (8) Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores. Informe de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2005.
- (9) Freire P. Pedagogía del oprimido. 19ª ed. Madrid: Siglo XXI; 2007. 231 p.

- (10) Newell K. Health by the People. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1975.
- (11) OMS. Global strategy for health for all by the year 2000. Ginebra: OMS; 1981.
- (12) OMS. Alma-Ata 1978 Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.  
[Consultado el 22/05/2017]. Disponible en:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
- (13) Nutbeam D. Glosario de promoción de la salud. Ginebra: OMS; 1998. [Consultado 22/05/2017]. Disponible en:  
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- (14) Paredes-Carbonell, JJ. Promoción de la salud e infección por VIH/SIDA en un establecimiento penitenciario: del conocimiento a la acción [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 1999.
- (15) Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2000. 250 p.
- (16) OMS. Recomendaciones de Adelaide Políticas Públicas para la Salud. Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Adelaide: OMS; 1988.  
[Consultado el 14/07/2017]. Disponible en:  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>
- (17) OMS. Declaración de Sundsvall sobre Promoción de la Salud: Entornos Propicios para la Salud. Tercera Conferencia Mundial sobre Promoción de Salud. Sundsvall: OMS; 1991. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en:  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
- (18) Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Desarrollo Sostenible. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. [Consultado el 22/05/2017]. Disponible en:  
<http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/riodeclaration.htm>.

(19) OMS. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Jakarta: OMS; 1997. [Consultado el 22/05/2017]. Disponible en:

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)

(20) OMS. Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México: OMS; 2000. [Consultado el 22/05/2017]. Disponible en:

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf)

(21) OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Consultado el 24/04/2017]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/)

(22) OMS. Carta de Bangkok de Promoción de Salud en un mundo globalizado. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Bangkok: OMS; 2005. [Consultado el 14/07/2017]. Disponible en:

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)

(23) OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Buenos Aires: Ediciones Journal SA; 2009. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf)

(24) OMS. Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Nairobi: OMS; 2009. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en:

<http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html>

(25) OMS. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Adelaida: OMS; 2010. [Consultado el 24/04/2017]. Disponible en:

[http://www.who.int/social\\_determinants/publications/isa/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)

(26) Marmot M. Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Copenhagen: WHO; 2010. [Consultado el 18/07/2014]. Disponible en:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/124464/E94370.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf)

(27) OMS. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro: OMS; 2011. [Consultado el 24/04/2017]. Disponible en:

[http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)

(28) Naciones Unidas. Río + 20. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible. Río de Janeiro: Naciones Unidas; 2012. [Consultado el 24/04/2017]. Disponible en:

[http://www.un.org/es/sustainablefuture/pdf/spanish\\_riomas20.pdf](http://www.un.org/es/sustainablefuture/pdf/spanish_riomas20.pdf)

(29) OMS. La 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Helsinki: OMS; 2013. [Consultado el 24/04/2017]. Disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

(30) Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015. New York: Naciones Unidas; 2015. [Consultado el 24/04/2017]. Disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

(31) Naciones Unidas. Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Consultado el 24/04/2017]. Disponible en:

<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/>

(32) OMS. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Shanghai: OMS; 2016. [Consultado el 24/07/2017].

Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>

(33) Hernández-Aguado I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SEESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):6-13.

[Consultado el 18/07/2014]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/las-desigualdades-sociales-salud-atencion/articulo/S0213911112000052/>

(34) Ministerio de Sanidad y Política Social. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud, reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Consultado el 20/07/2014].

Disponible en:

[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE\\_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf)

(35) Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en España. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Consultado el 20/07/2014]. Disponible en:

[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis\\_reducir\\_desigualdes.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf)

(36) Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, et al. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(Suppl1):1-6. [Consultado el 16/07/2014]. Disponible en:

[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis\\_reducir\\_desigualdes.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf)

(37) Segura A, Oñorbe M. Cambios en la salud pública: el papel del estado y de las autonomías. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(Suppl 1):19-22. [Consultado el 17/07/2014]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/cambios-salud-publica-el-papel/articulo-resumen/S0213911110001846/>

(38) Peiró-Pérez R, Alvarez-Dardet C, Mas R, et al. Mapping the awareness of inequalities in health programs in Spanish communities: moving forward together. Health Educ Res 2012;27(4):704-16.

(39) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Equidad / Salud y género. [Consultado 20/05/2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm>.

(40) Grupo MAR. Análisis de los planes de salud desde la perspectiva de género. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010. Informe elaborado para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

(41) Calvete A, Campos P, Catalán D, et al. Innovando en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Una prioridad para la presidencia española de la Unión Europea en 2010. Rev Esp Salud Pública 2010;84:3-11. [Consultado el 16/07/2014]. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n1/colaboracion.pdf>

(42) Román M, Pernas B. ¡Hagan sitio, por favor! La reintroducción de la infancia en la ciudad. Madrid: Organismo Autónomo Parques Nacionales; 2009. 118 p. [Consultado el 24/04/2017]. Disponible en:

[http://www.mapama.gob.es/es/ceneam/recursos/documentos/hagan-sitio-infancia-ciudad\\_tcm7-13533.pdf](http://www.mapama.gob.es/es/ceneam/recursos/documentos/hagan-sitio-infancia-ciudad_tcm7-13533.pdf)

(43) Urbanos R. La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(Suppl 1):7-11. [Consultado el 16/07/2014]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-salud-todas-las-politicas-/articulo/S0213911110001470/>

(44) Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(Suppl 1):23-7. [Consultado el 17/07/2014]. Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/salud-comunitaria-una-integracion-las/articulo/S0213911110001949/>

(45) López E, Forcada C, Miller F, et al. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los programas comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. Aten Primaria 2010;42:218-25.

(46) Página web del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Granada. [Consultado el 18/07/2014]. Disponible en:

<http://www.pacap.net/pacap/que-es-la-red-pacap/>

(47) Salut als barris. Agència de Salut Pública de Barcelona. [Consultado el 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.aspb.cat/arees/promocio-entorns/barris/>

(48) Llei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris, àrees urbanes i viles que requereixen una atenció especial. DOGC N° 4151, 10 de junio de 2004. (Consultado el 18/07/2014.) Disponible en:

<http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/4151/374619.pdf>

(49) Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE N° 240, 5 de octubre de 2011. [Consultado el 24/07/2014]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>

(50) Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE N° 98, 24 de abril de 2012. [Consultado el 22/05/2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

(51) Hernansanz F, Clavería A, Gervás J, et al. El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):3-5. [Consultado el 18/07/2014]. Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/el-futuro-del-sistema-nacional/articulo/S0213911112000726/>

(52) Hernández-Aguado I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):6-13.

[Consultado el 18/07/2014]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/las-desigualdades-sociales-salud-atencion/articulo/S0213911112000052/>

(53) Cofiño R, Pasarín MI, Segura S. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS. Gac Sanit. 2012;26(S):88-93. [Consultado el 20/07/2014]. Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/como-abordar-dimension-colectiva-salud/articulo/S0213911111003669/>

(54) Cortès-Franch I, González B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(1):1-6.

[Consultado el 14/07/2014]. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/crisis-economico-financiera-salud-espana-evidencia/articulo/S0213911114000971/>

(55) Hernández-Aguado I, Lumbreras B. Crisis e independencia de las políticas de salud pública. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(S1):24-30. [Consultado el

13/04/2017]. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/crisis-e-independencia-las-politicas/articulo/S0213911114000867/>

(56) Márquez-Calderón S, Villegas-Portero R, Gosalbes V, et al. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(S1):116-123. [Consultado el 25/04/2014]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/promocion-salud-prevencion-tiempos-crisis/S0213911114000466/>;

(57) Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.

(58) Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22:465-73. [Consultado el 31/07/2014]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500012&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500012&script=sci_arttext)

(59) Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). Copenhagen: World Health Organization; 2006. Studies on social and economic determinants of population health n° 2. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en: [http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts\\_and\\_principles.pdf](http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf)

(60) OMS. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro: OMS; 2011. [Consultado el 13/04/2017]. Disponible en: [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)

(61) Díez E, Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, et al. Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. Gac Sanit. 2016;30(S1):74-80. [Consultado el 25/04/2017]. Disponible en: <http://dev.gacetasanitaria.elsevier.es/en/una-buena-inversion-promocion-salud/articulo/S0213911116300619/>

(62) Generalitat Valenciana. IV Plan de Salud 2016-2020 Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana; 2016. [Consultado el 13/04/2017]. Disponible en: [http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV\\_PLAN+DE+SALUD\\_CV\\_2016\\_Castellano\\_web.pdf](http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf)

(63) Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care and Per Capita Cost. IHI Innovations Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012.

(64) Morgan A, Ziglio E. Revitalising the Public Health Evidence Base: An Asset Model. In: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores. Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action New York: Springer; 2010. p. 3-16.

(65) Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. DOCV N° 7581, 29 de julio de 2015. [Consultado el 20/05/2017]. Disponible en:

[http://www.dogv.gva.es/datos/2015/07/29/pdf/2015\\_6818.pdf](http://www.dogv.gva.es/datos/2015/07/29/pdf/2015_6818.pdf)

(66) Orden 10/2012, de 24 de julio, de la Conselleria de Sanidad, por la que se procede a la actualización de la Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunitat Valenciana. DOGV N° 6866, 20 de septiembre de 2012. [Consultado el 13/04/2017].

Disponible en: [http://www.dogv.gva.es/datos/2012/09/20/pdf/2012\\_8551.pdf](http://www.dogv.gva.es/datos/2012/09/20/pdf/2012_8551.pdf)

(67) Orden 10/2012, de 24 de julio, de la Conselleria de Sanidad, por la que se procede a la actualización de la Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunitat Valenciana. 2012. DOGV N° 6866, 20 de septiembre de 2012. [Consultado el 24/07/2014]. Disponible en:

[http://www.dogv.gva.es/datos/2012/09/20/pdf/2012\\_8551.pdf](http://www.dogv.gva.es/datos/2012/09/20/pdf/2012_8551.pdf)

(68) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Premios a la calidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [Consultado el 30/07/2014]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/fotosPremiosCalidad2010.htm>

(69) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Buenas prácticas en la Estrategia en Atención al Parto y Salud Reproductiva de SNS. Año 2014. [Consultado el 25/04/2017]. Disponible en:

[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP\\_PARTO\\_2014.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_PARTO_2014.htm)

(70) Restrepo H. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Informe técnico presentado en la Quinta

Conferencia Mundial de Promoción de la Salud 9-10 de junio de México. México: OPS-OMS; 2000.

(71) Menoyo C. Estrategias de prevención del VIH/sida y otras ITS en la población inmigrante. En: La prevención de la infección del VIH/sida en población inmigrante Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 65-72. [Consultado el 30/07/2014]. Disponible en:

[https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/prevencionVIH\\_SIDAPoblacionInmigrante06.pdf](https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/prevencionVIH_SIDAPoblacionInmigrante06.pdf)

(72) Baum F, MacDonald C, Smith D. Participatory Action Research. J Epidemiol Community Health 2006;60:854-7.

(73) Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, et al. Projecte RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. Aten Primaria 2014;46(10):531-40. [Consultado el 17/07/2014]. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001243>

(74) Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró-Pérez R, 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.

(75) Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, Peiró-Pérez R, et al. Seminario RIU T: transfiriendo práctica transformadora. Comunitat 2013;15(1):41-5. [Consultado el 30/07/2014]. Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/wp-content/uploads/2014/01/04.pdf>

(76) Aviñó D. Mapeando los activos en salud un barrio en situación de vulnerabilidad social [trabajo final de máster]. València: Universitat de València;2012.

(77) Aviñó D, López M, Paredes-Carbonell JJ. Cómo poner en marcha un proceso de investigación-acción participativa en promoción de la salud. Comunitat 2016;18(3):10. [Consultado el 13/04/2017]. Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/como-poner-en-marcha-un-proceso-de-investigacion-accion-participativa-en-promocion-de-la-salud/>

(78) Vincles Salut. Memorias. RIU Violeta: una acción participativa para la prevención de la violencia de género en entornos vulnerables. [Consultado el 30/07/2014].

Disponible en: <http://www.vincles-salut.org/14.html>.

(79) Cortometraje “Jo com tu” [video]. Sueca: Projecte RIU-Ajuntament de Sueca; 2014. [Consultado el 13/04/2017]. Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=cTVHkXiYPDM>

(80) Helman C. Disease versus illness in general practice. J R Coll Gen Pract 1981 Sep;31(230):548-52. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en:

<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC1972172/pdf/jroyalcgprac00105-0038.pdf>

(81) Eisenbeg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. Culture, Medicine and Psychiatry 1977;1:9-23.

(82) Balandier G. El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales. Elogio de la fecundidad del movimiento. Barcelona: Gedisa; 1989. 240 p.

(83) Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine 1978;88:251-8.

(84) Chrisman NJ. The health seeking process: an approach to the natural history of illness. Culture, Medicine and Psychiatry 1977;1:351-77.

(85) Junge P. Nuevos paradigmas en la Antropología Médica. En: Los desafíos de la Antropología: Sociedad moderna, globalización y diferencia. Santiago de Chile:

Universidad de Chile; 2001. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en:

<https://www.academica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/4.pdf>

(86) Baer HA, Singer M, Susser I. Medical Anthropology and the World System. A critical perspective. USA: Greenwood Publishing Group; 2003. 429 p.

(87) Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, et al. Identifying and Defining the Dimensions of Community Capacity to Provide a Basis for Measurement. Health Education & Behavior 1998;25(3):258-78. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en:

[https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67070/10.1177\\_109019819802500303.pdf?sequence=2](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67070/10.1177_109019819802500303.pdf?sequence=2)

(88) Putnam RD, Leonardi R, Nonetti RY. Making democracy work. Civic traditions in modern Italy. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1993. 122 p.

(89) Lozares C, López P, Verd JM, et al. Cohesión, vinculación e integración sociales en el marco del capital social. REDES 2011;20(1) [Consultado el 26/04/2017].

Disponible en: [http://revista-redes.rediris.es/html-vol20/vol20\\_1.htm#\\_ftn4](http://revista-redes.rediris.es/html-vol20/vol20_1.htm#_ftn4)

(90) Wallerstein N. Powerless, empowerment and health: implications for health promotion programs. Am J Health Promot 1992;6(3):197-205.

(91) Zimmerman NA. Psychological empowerment: issues and illustrations. Am J Community Psychol 1995;23(5):581-99.

(92) Nussbaum MC. Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano. Barcelona: Paidós Ibérica; 2012. 272 p.

(93) Popay J. Community empowerment and health improvement: the English experience. In: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores. Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action New York: Springer; 2010. p. 183-96.

(94) Rodríguez-Villasante T, Montañés M, Martí J, coordinadores. La investigación social participativa, construyendo ciudadanía. Barcelona: El Viejo Topo; 2000.

(95) Fals Borda O, Rodríguez Brandao C. Investigación Participativa. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1987.

(96) Pereda C, De Prada MA (colectivo IOE). Investigación-acción participativa y perspectiva dialéctica. Arxius 2014;31:57-68. [Consultado el 22/05/2017]. Disponible en: <http://colectivoioe.org/uploads/b918802f8b7750daf76c787a0a2ce2587d6adf87.pdf>

(97) Baum FE. Power and glory: applying participatory action research in public health. Gac Sanit. 2016;30(6):405-7. [Consultado el 26/04/2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301194>

- (98) Castiel LD, Álvarez-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev Saúde Pública* 2007;41(3):461-6. [Consultado el 21/04/2017]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300019)
- (99) Marquez-Calderón S. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. *Gac Sanit.* 2008;22(Supl 1):205-15.
- (100) McKnight JL, Kretzmann J. *Mapping Community Capacity*. Evanston: Center for Urban Affairs and Policy Research, Northwestern University; 1990. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en: [https://mn.gov/mnddc/parallels2/pdf/90s/90/90-MCC-McKnight\\_Kretzmann.pdf](https://mn.gov/mnddc/parallels2/pdf/90s/90/90-MCC-McKnight_Kretzmann.pdf)
- (101) Kretzmann J, McKnight JL, Dobrowolski S, et al. *Discovering Community Power: A guide to mobilizing local assets and your organization's capacity*. Evanston: Asset-Based Community Development Institute School of Education and Social Policy Northwestern University; 2005. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en: <http://www.sesp.northwestern.edu/images/kelloggabcd.pdf>
- (102) Foot J, Hopkins T. *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. London: Improvement and Development Agency; 2010. [Consultado el 22/04/2017]. Disponible en: <http://www.gloucesterpartnership.org.uk/Docs/Glass%20Half%20Full.pdf>
- (103) Paredes-Carbonell JJ. Oportunidades para la práctica de la promoción de la salud: el modelo de activos y las guías NICE. *Rev Esp Sanid Penit* 2016;18:1-4. [Consultado el 22/04/2017]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S1575-06202016000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1575-06202016000100001)
- (104) Álvarez-Dardet C, Ruiz-Cantero MT. Patrimonio de salud ¿Son posibles las políticas salutogénicas? *Rev Esp Salud Pública* 2011;85:123-7. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/01\\_editorial.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/01_editorial.pdf)
- (105) Rivera F, Ramos P, Moreno C, et al. Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública* 2011;85:129-39. [Consultado el 20/05/2017]. Disponible en: [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/23185/file\\_1.pdfsequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/23185/file_1.pdfsequence=1&isAllowed=y)

(106) Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI; 1982. 255 p.

(107) Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int 2008;23(2):190-9. [Consultado el 22/04/2017]. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/dan014>

(108) Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. Rev Esp Sanid Penit 2013;15:78-86. [Consultado el 21/04/2017]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202013000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

(109) Álvarez-Dardet C, Morgan A, Ruiz-Cantero MT, et al. Improving the evidence base on public health assets - the way ahead: a proposed research agenda. J Epidemiol Community Health 2015;69:721-3.

(110) Rütten A, Abu-Omar K, Frahsa A, et al. Assets for policy making in health promotion: Overcoming political barriers inhibiting women in difficult life situations to access sport facilities. Soc Sci Med 2009;69(11):1667-73. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609006030>

(111) Botello B, Palacio S, Garcia M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit 2013;27(2):180-3. [Consultado el 10/07/2014]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112013000200016](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000200016)

(112) Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016;30(S1):93-8. [Consultado el 18/04/2017]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/promocion-salud-basada-activos-como/articulo/S021391111630125X/>

(113) Greetham J. Growing communities from the inside out. Piloting an asset based approach to JSNAs within the Wakefield District: methods and findings. NHS Wakefield District; 2010. [Consultado el 21/04/2017]. Disponible en: <http://www.champspublichealth.com/writedir/880cWakefield%20Growing%20Commu>

[nities%20from%20the%20Inside%20Out%20-%20JSNAs%20in%20the%20Wakefield%20District.pdf](#)

(114) Vera-Remartínez EJ, Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, et al. Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. Global Health Promotion 2016 [Consultado el 6/05/2017]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1757975915614229>

(115) WHO Regional Office for Europe. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO; 2013. [Consultado el 21/04/2017]. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1)

(116) Proposición no de Ley del Congreso de los Diputados de España relativa a la promoción de activos para la salud y salutogénesis emergentes en salud pública. BOCG. Núm. D-282, 3 de septiembre de 2013. p.38.

(117) Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociología; 2007. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en: <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Miguel-Valles-Tecnicas-Cualitativas-De-Investigacion-Social.pdf>

(118) Ayuntamiento de Alzira. Alzira Avança. Moviment per una ciutat sostenible. 2016. [Consultado el 21/04/2017]. Disponible en: <https://www.alzira-avanza.com/blank-drusv>

(119) Lee M, Towne SD, Motlagh AS, et al. Programs and Place: Risk and Asset Mapping for Fall Prevention. Front Public Health 2017;5(28). [Consultado el 9/05/2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5352653/pdf/fpubh-05-00028.pdf>

(120) Brown AF, Morris DM, Kahn KL, et al. The Healthy Community Neighborhood Initiative: Rationale and Design. Ethn Dis 2016;26(1):123-32. [Consultado el 9/05/2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4738849/>

(121) Avey H, Fuller E, Branscomb J, et al. Using a Health in All Policies approach to address social determinants of sexually transmitted disease inequities in the context of community change and redevelopment. *Public Health Rep* 2013 Nov;128(3):77-86.

[Consultado el 7/05/2017]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945453/pdf/phr128s60077.pdf>

(122) NHS Wakefield District. Growing communities from the inside out. Piloting an asset based approach to JSNAs within the Wakefield District: methods and findings. 2010.

(123) DychkFehderau D, Holt NL, Ball GC, et al. Feasibility study of asset mapping with children: identifying how the community environment shapes activity and food choices in Alexander First Nation. *Rural Remote Health* 2013;13(2):2289. [Consultado el 6/05/2017]. Disponible en:

[http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_2289.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2289.pdf)

(124) Monreal-Bosch P, Del Valle A, Perera S. Activando municipios para la promoción de la salud: un estudio de caso en comunidades rurales. *Anuario de Psicología* 2013;43(2):217-35.

(125) Rutten A, Abu-Omar K, Frahsa A, et al. Assets for policy making in health promotion: overcoming political barriers inhibiting women in difficult life situations to access sport facilities. *Soc Sci Med* 2009 Dec;69(11):1667-73. [Consultado el 14/07/2014]. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609006030>

(126) South J, Giuntoli G, Kinsella K. Getting past the dual logic: findings from a pilot asset mapping exercise in Sheffield, UK. *Health Soc Care Community* 2017 Jan;25(1):105-13. [Consultado el 6/05/2017]. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12274/epdf>

(127) Generalitat Valenciana. Plan VICS. Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social. València: Generalitat Valenciana; 2016. [Consultado el 17/05/2017]. Disponible en:

<http://www.inclusio.gva.es/documents/610754/163655369/PVICS+Castellà%202017-05-04.pdf/7b481db2-ee97-4eb0-822a-b9016a7f3b71>

(128) Hilfinger Messias DK, Sharpe PA, Del Castillo-González L, et al. Living in Limbo: Latina' Assessment of Lower Rio Grande Valley Colonias Communities. Public Health Nurs 2017;34(3):267-75.

(129) Paredes-Carbonell JJ, Agulló-Cantos JM, Vera-Remartínez EJ, et al. Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. Rev Esp Sanid Penit 2013;15:85-97. [Consultado el 6/05/2017]. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n3/02\\_original1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n3/02_original1.pdf)

(130) Agulló-Cantos JM. Salutogénesis, sentido de la vida, percepción de salud y activos para la salud en cuidadores formales e informales de enfermos de Alzheimer: un estudio exploratorio desde la terapia ocupacional [tesis doctoral] Valencia: Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir; 2017.

(131) Nelson B, Campbell J, Emanuel J. Development of a Method for Asset Based Working. NHS North West; 2011. [Consultado el 7/05/2017]. Disponible en:

[http://info.wirral.nhs.uk/document\\_uploads/Downloads/NW%20JSAA%20Report%20v1.0.pdf](http://info.wirral.nhs.uk/document_uploads/Downloads/NW%20JSAA%20Report%20v1.0.pdf)

(132) Kawachi I. The relationship between health assets, social capital and cohesive communities. In: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores. Health Assets in a Global Context. New York: Springer; 2010. p. 167-79.

(133) Villalonga-Olives E, Kawachi I. The measurement of social capital. Gac Sanit. 2015;29(1):62-4. [Consultado el 13/05/2017]. Disponible en:

<http://gacetasanitaria.elsevier.es/es/the-measurement-social-capital/articulo/S0213911114002416/>

(134) Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. Bonding versus bridging social capital and their associations with self-rated health: a multilevel analysis of 40 US communities. J Epidemiol Community Health 2006;60:116-22.

(135) Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review 2010.

(136) Melillo A, Suárez EN, compiladores. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2001. 229 p.

- (137) Vaandrager L, Kennedy L. The Application of Salutogenesis in Communities and Neighborhoods. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan J, Lindström B, Espnes GA, editores. The Handbook of Salutogenesis Switzerland: Springer; 2017. p. 150-70. [Consultado el 9/05/2017]. Disponible en: [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-04600-6\\_17](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-04600-6_17)
- (138) Aviñó D, López M, coordinadoras. Pla Integral d'Acció Comunitaria del barri Raval de Sant Roc 2017-2020. Ajuntament d'Algemesí. Documento elaborado para el Ajuntament d'Algemesí.
- (139) Van Dillen S, De Vries S, Groenewegen P, et al. Greenspace in urban neighbourhoods and residents' health: Adding quality to quantity. J Epidemiol Community Health 2012;66(6).
- (140) Morgan A. Revisar el Modelo de los Activos: aclaración de ideas y términos. Global Health Promotion 2014;21(2):91-4. [Consultado el 7/05/2017]. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975914537152>
- (141) NICE. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. 2016, 4 March 2016. [Consultado el 9/05/2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
- (142) Rojas D. La perspectiva d'equitat i salut en totes les polítiques en les iniciatives d'urbanisme. Viure en Salut 2017;109:4-6. [Consultado el 11/05/2017]. Disponible en: [http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion\\_dgsp.jsp?cod\\_pub\\_ran=875651975&ta cc=17](http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=875651975&ta cc=17)
- (143) Forsyth A, Slotterback CS, Krizek K. Health Impact Assessment (HIA) for Planners: What Tools Are Useful? J Plan Lit 2010;24(3):1-5.
- (144) Vincles Salut. Projecte Barri-Escola. [Consultado el 10/05/2017]. Disponible en: <http://www.vincles-salut.org/4.html>.
- (145) Vincles Salut. RIU Violeta: Una acció participativa para la prevenció de la violencia de género en entornos vulnerables. [Consultado el 13/05/2017]. Disponible en: [http://www.vincles-salut.org/resources/memoria\\_violeta\\_def.pdf](http://www.vincles-salut.org/resources/memoria_violeta_def.pdf)

- (146) Oliva A, Pertegal MA, Antolín L, et al. El desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven, un estudio en centros docentes andaluces. Sevilla: Junta de Andalucía; 2010.
- (147) Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26(2):182-9. [Consultado el 18/05/2017]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/propuesta-politicas-e-intervenciones-reducir/articulo/S0213911111003025/>
- (148) Open Society Foundations. Roma Health Mediation Challenges. In: Silva P, editor. Roma Health Mediators: Successes and Challenges New York: Open Society Foundations; 2011. p. 37-46. [Consultado el 18/05/2017]. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/roma-health-mediators-successes-and-challenges>
- (149) FIS PI13/020410. Mapa de activos: ciudadanía, profesionales y políticos identificando espacios de oportunidad para mejorar la salud de la población. Fondo de Investigación en Salud. Instituto de Salud Carlos III. [Consultado el 6/05/2017]. Disponible en: <https://portalfis.isciii.es/es/Paginas/DetalleProyecto.aspx?idProyecto=PI13%2f02410>
- (150) Granizo C, Gallego J. Criterios de Calidad de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo; 2007. [Consultado el 13/05/2017]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/SaludPublica/PromociónSalud/RedAragProyectosPromoSalud/CRITERIOS+RAPPS.PDF>
- (151) European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP). Octubre 2005.
- (152) Quint essenz. Switzerland. Günter Ackemann. 3 de marzo de 2014. [Consultado el 13/05/2017]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2003/action1/docs/2003\\_1\\_15\\_a10\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_15_a10_en.pdf)
- (153) Junta de Andalucía. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía; 2013.

- (154) Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. BOJA Nº 255, 31 de diciembre 2011, p. 62. [Consultado el 14/05/2017]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_5\\_ley\\_salud\\_publica/leySaludPublica.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_5_ley_salud_publica/leySaludPublica.pdf)
- (155) Salud reparte 12,5 millones entre 155 ambulatorios de zonas vulnerables. Barcelona: El País [Internet] 11 abril 2017. [Consultado el 14/05/2017]. Disponible en: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2017/04/11/catalunya/1491936473\\_045364.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2017/04/11/catalunya/1491936473_045364.html)
- (156) Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, et al, editores. The Handbook of Salutogenesis. Switzerland: Springer; 2017. [Consultado el 14/05/2017]. Disponible en: <http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-04600-6>
- (157) Juvinyà-Canal D, Hernán M, Gallego-Diéguez J. Perspectives on Salutogenesis of Scholars Writing in Spanish. In: Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Linström B, Espnes GA, editores. The Handbook of Salutogenesis Switzerland: Springer; 2017. p. 423-9.
- (158) Colomer AN. Salutogénesis, capacidad de autocuidado y activos para la salud en estudios de cuidados auxiliares de enfermería. Estudio exploratorio [tesis doctoral] València: Universitat de València; En prensa 2017.
- (159) Observatorio de Salud en Asturias. Herramienta de evaluación de equidad en intervenciones comunitarias. Consejería de Sanidad de Asturias. [Consultado el 14/05/2017]. Disponible en: <http://obsaludasturias.com/equidad/web/formulario>

# **ANEXOS**

---



**ANEXO 1. ESTUDIO DEL BARRIO  
EL RAVAL DE ALGEMESÍ:**

**Materiales utilizados en la dinamización  
del mapa de activos para la salud**

**Figura 19. “Nuestro Mapa de Activos para la Salud”  
Barrio de El Raval – Algemésí (versión inicial)**

**Asociaciones**

**Asociación de vecinos**  
**Caritas**  
 Agentes de salud –  
 Projecte Riu  
 AMPA  
 Asociación gitana

Municipio:  
**Tyrius Amas de Casa**  
 Cruz Roja  
 Caritas  
 Amics de La Providència  
 Asociación jubilados



**Espacios Físicos –  
Infraestructuras**

**Piscina**  
**Velódromo**  
**Campo de fútbol**  
 Pasos de peatones  
 Estación de tren  
 Señales de  
 aparcamiento  
 Bancos (asientos)  
 Parque infantil  
 Puente subterráneo  
 (paso a nivel)

Municipio:  
 Carril bici  
 Piscina cubierta  
 Biblioteca  
 La Xopera  
 Parques  
**Polideportivo**  
 Piraguas  
 Taxi  
 Autobús

**Personas**

**Personas del barrio**  
**Profesionales servicios sociales**  
**Policía de barrio**  
**Profesorado escuela**  
**Párroco**  
 Hermana Caritas  
 Educadores/as  
 Madres  
 Agentes de salud  
 Voluntarias Caritas  
 Barrenderos  
 Voluntario Amics de La  
 Providencia  
 Directora de escuela  
 Pastor evangélico  
 Farmacéutica

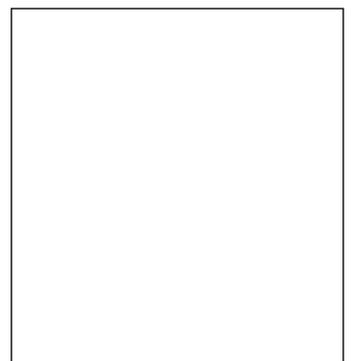
Municipio:  
**Pediatras**  
**Matronas**  
**Concejales (educación,  
 cultura, bienestar social,  
 deporte...)**  
 Trabajadora social  
 Médica/o de Familia  
 Alcalde  
 Educadora centro sociocultural  
 Empleado oficina consumidor  
 Imán

**Instituciones - Servicios**

**Guardería – Escuela infantil**  
**Colegio-comedor**  
**Servicios sociales**  
**Centro Social**  
**Iglesia - Parroquia**  
 Iglesia Evangélica  
 Policía Local  
 Farmacia  
 Locutorio-internet  
 Servicio de limpieza  
 Servicio recogida basura

Municipio:  
**Centro de Salud**  
**Casa de la Juventud – CIJ**  
**Biblioteca**  
**Escuela Adultos**  
**Centro sociocultural**  
 Servicios sociales  
 Casino Lliberal  
 Centro de día  
 Bomberos  
 Teatro Municipal  
 Conservatorio  
 Policía  
 Óptica  
 Escuela de baile  
 Residencias  
 Institutos Enseñanza  
 Servicio ayuda domicilio  
 Aula multiusos del Teatro  
 Centro islámico  
 Becas deporte  
 Centro evangélico  
 Ayuntamiento

**Economía Local**



**En negrilla: citados por  
agentes de salud y  
profesionales**  
 Normal: citados por agentes de  
 salud  
 Gris: citados por profesionales

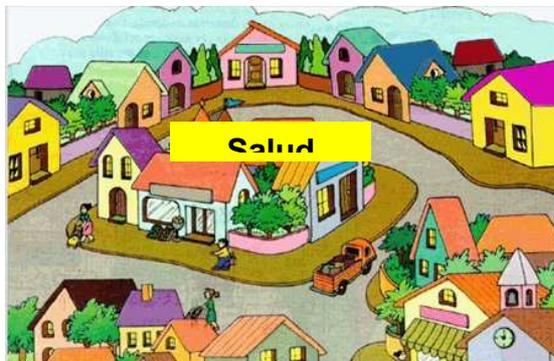
Programas municipales: salud escolar,  
 drogodependencias, promoción de  
 salud; recursos municipales

**Figura 20. “Nuestro Mapa de Activos para la Salud”  
Barrio de El Raval – Algemesí (última versión)**

**Asociaciones**

**Asociación de vecinos**  
**Caritas**  
 Agentes de salud –  
 Proyecto RIU  
 AMPA  
 Asociación gitana

Municipio:  
**Tyrius Amas de Casa**  
 Cruz Roja  
 Caritas  
 Amics de La Providència  
 Asociación jubilados



**Espacios Físicos –  
Infraestructuras**

**Piscina**  
**Velódromo**  
**Campo de fútbol**  
 Pasos de peatones  
 Estación de tren  
 Señales de  
 aparcamiento  
 Bancos (asientos)  
 Parque infantil  
 Puentes subterráneos  
 (paso a nivel)  
 Pabellón infantil

Municipio:  
 Carril bici  
 Piscina cubierta  
 Biblioteca  
 La Xopera  
 Parques  
**Polideportivo**  
 Piraguas  
 Taxi  
 Autobús

**Instituciones - Servicios**

**Guardería – Escuela infantil**  
**Colegio-comedor**  
**Servicios sociales**  
**Centro Social**  
**Iglesia - Parroquia**  
 Iglesia Evangélica  
 Policía Local  
 Farmacia  
 Locutorio-internet  
 Servicio de limpieza  
 Servicio recogida basura

Municipio:  
**Centro de Salud**  
**Casa de la Juventud – CIJ**  
**Biblioteca**  
**Escuela Adultos**  
**Centro sociocultural**  
 Casa de jubilados  
 Servicios sociales  
 SEAFI  
 INFODONA  
 Casino Lliberal  
 Centro de día  
 Bomberos  
 Teatro Municipal  
 Conservatorio  
 Policía Local y Nacional  
 Óptica  
 Escuela de baile  
 Residencias  
 Institutos Enseñanza  
 Servicio ayuda domicilio  
 Aula multiusos del Teatro  
 Centro islámico  
 Becas deporte  
 Centro evangélico  
 Ayuntamiento

**Personas**

**Personas del barrio**  
**Profesionales servicios sociales**  
**Policía de barrio**  
**Profesorado escuela**  
**Párroco**  
 Hermana Caritas  
 Educadores/as  
 Madres  
 Agentes de salud  
 Voluntarias Caritas  
 Barrenderos  
 Voluntario Amics de La Providencia  
 Jóvenes del barrio  
 Directora de escuela  
 Pastor evangélico  
 Farmacéutica

Municipio:  
**Pediatras**  
**Matronas**  
**Concejales (educación, cultura, bienestar social, deporte...)**  
 Trabajadora social  
 Médica/o de Familia  
 Alcalde  
 Educadora centro sociocultural  
 Empleado oficina consumidor  
 Imán

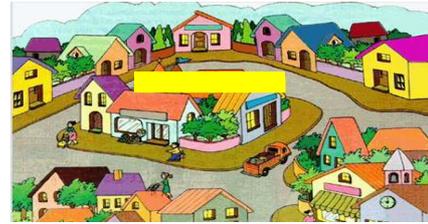
**Economía Local**

Municipio  
 Empresas  
 Agencia Desarrollo Local-  
 Cámara Agraria

**En negrilla: citados por agentes de salud y profesionales**  
 Normal: citados por agentes de salud  
 Gris: citados por profesionales

Programas municipales: salud escolar, drogodependencias, promoción de salud; recursos municipales

## **Ficha: Conectando Activos para la Salud Barrio de El Raval – Algemés**



### **¿Cómo podríamos “conectar” estos activos para mejorar la salud del barrio? ¿En qué temas ves más fácil que se puedan conectar?**

#### **Población:**

Servicio de limpieza con la piscina municipal: mantenimiento

Servicios Sociales – colegio- educadores/as: aprender a leer, escribir,..

Vecinos/as del barrio - limpieza- Ayuntamiento

Cáritas – madres- colegio- cocina del comedor del colegio: taller o curso de cocina

Cáritas – Tyrius- amas de casa- antigua guardería: talleres

Jóvenes – campo de fútbol – velódromo – Casa de la Juventud

Mujeres árabes – matronas – Centro de Salud – agentes de salud: facilitar el seguimiento de las mujeres embarazadas y facilitar la traducción en la atención

Escuela de baile – voluntariado – jóvenes – Centro Sociocultural Carrascalet: baile como la danza del vientre

La Pau (depende de Servicios Sociales) – personas del barrio: concurso de cartas, ajedrez, truc, parchís,...

Voluntariado barrio – personas mayores: cuidado del pelo, afeitado,...para las personas mayores que no pueden llegar hasta el pueblo o jóvenes sin dinero

Jóvenes del barrio – colegio – ADL en Cámara Agraria: talleres, escuela de oficios y empresas del municipio

Pabellón de infantil (antigua guardería): poder utilizarlo como punto de centro de salud para las personas con problemas para desplazarse.

#### **Profesionales:**

La escuela es el punto de unión de todo el barrio, el más importante

Población joven del barrio- Cámara Agraria: acogerse a proyectos y subvenciones – talleres y escuelas de oficios - empresas

Talleres Centro Sociocultural Carrascalet- población joven

#### *Dificultades señaladas:*

- el compromiso de las personas para las actividades
- el poder utilizar un determinado espacio del barrio (el pabellón de infantil) para actividades

## Ficha: ¿Qué te gustaría hacer o que se hiciera en el barrio para que fuera más saludable?



### Población

#### Talentos de las personas del barrio:

- Poder enseñar a otras personas a leer
- Poder enseñar carpintería, electricidad, fontanería
- Poder enseñar a cocinar
- Peluquería y afeitado
- Tocar la guitarra – flamenco
- Baile, la danza del vientre

#### Propuestas:

- Escuela de adultos en El Raval
- Curso para aprender a cocinar de manera saludable
- Crear espacios de diversión en el barrio para niñas y niños y para pequeños en el barrio
- Aprender a leer y a escribir en castellano y/o en árabe
- Espacios para conocer otras culturas (árabe, rumana, gitana...)
- Aprender informática, uso de correo electrónico,...
- Curso de peluquería, maquillaje, manicura,...
- Centro de emergencia. Espacio para mujeres maltratadas: casas de acogida. Se descarta esta opción en el debate
- Continuar estudios en el instituto: facilitar ayudas para comprar libros y material escolar

### Profesionales

#### Propuestas:

- Talleres y formar a las personas
- Vincular deporte desde el Ayuntamiento y con las infraestructuras (campo de fútbol, velódromo)
- Montar actividades para padres, madres y jóvenes en las instalaciones del colegio: formar a una persona como profesora de aeróbic, de baile para que pueda después dar clases
- Escuela pública de adultos haciendo una extensión al pabellón de infantil del barrio
- Extensión del propio instituto al barrio: más beneficioso distribuir a los jóvenes en los institutos del municipio
- Madres y padres asumen la responsabilidad en la atención a sus hijos e hijas



**ANEXO 2 ESTUDIO DE PRIORIZACIÓN DE  
TEMAS DE SALUD DEL BARRIO DE  
L'ALQUERIETA DE ALZIRA**

## **Priorización de los temas y/o problemas de salud del barrio de L'Alquerieta de Alzira**

El trabajo fue realizado en el contexto del proyecto RIU en 2012 y tenía como objetivo priorizar los temas y/o problemas del barrio de L'Alquerieta. En el estudio participaron: 12 personas, la mayoría vecinas del barrio, de 16 a 45 años, de distintas procedencias culturales, que estaban formándose como agentes de salud; y un grupo de 10 profesionales de distintos sectores (asistencia sanitaria, salud pública, servicios sociales y educación) que formaban parte de la red intersectorial de apoyo al proyecto.

Los temas y/o problemas para la priorización fueron extraídos de las entrevistas individuales realizadas a las personas candidatas a ser formadas como agentes de salud en la fase de selección de las dos primeras ediciones del proyecto RIU. Por tanto, eran temas que ya habían sido identificados como necesarios a ser abordados en el barrio.

Los temas fueron agrupados según su relación con la población por grandes grupos de edad: infancia, adolescencia y juventud, edad adulta y mayores. También se incluyó un apartado de determinantes de la salud relacionados con el modelo de género tradicional, la vivienda, el espacio público, el desempleo y fuente de ingresos, acceso a servicios de salud, cultura de la paz e interculturalidad, entre otros.

El trabajo de priorización se realizó por separado por los grupos de agentes de salud y de profesionales.

A continuación se muestran de manera separada los resultados de la priorización realizada por el grupo de agentes de salud y de profesionales.

**PRIORIZACIÓN POR ÁREAS. AGENTES DE SALUD. RIU ALZIRA.**

	Global	Infantil	Joven	Adulto	Mayores	Determinantes
Higiene_nutrición	8,2	9	--	8	--	--
Entorno_ambiente	8,3	7	8	8,6	10	7,8
Educación_formación	8,7	9,5	10	8,6	9	7,5
Desigualdad_desarrollo personal	8,1	9	8,1	8,3	--	7,5

Entre 9 y 10
Entre 8 y 8,9
Entre 7 y 7,9
Entre 6 y 6,9
Menos de 6
-- Sin valoración

Higiene y nutrición  
Educación\_formación  
Entorno\_ambiente  
Desigualdad\_personal

Hacen referencia a higiene del cuerpo, buco dental, alimentación saludable

Contempla ítems de asistencia a la escuela, formación específica a mujeres, mayores, recursos educativos, uso de servicios, automedicación

Hace referencia a condiciones del barrio y entorno, drogas, accidentes, conductas delictivas, desempleo, espacios públicos, vivienda

Incluye resolución de conflictos, autoestima, desigualdad, sexualidad, prevención de embarazos, auto cuidados,

**PRIORIZACIÓN POR ÁREAS. PROFESIONALES DE SALUD. RIU ALZIRA**

	Global	Infantil	Joven	Adulto	Mayores	Determinantes
Higiene_nutrición	8,7	8	--	9	--	--
Entorno_ambiente	7,4	7	7	7,7	8	7,4
Educación_formación	8,2	9	9	7,3	9	8
Desigualdad_desarrollo personal	7,7	9	8	7,4	--	8

Por cada uno de los grupos de actores (agentes y profesionales), se destacan los ítems más valorados según tramo de edad:

Agentes	Profesionales
Infancia	Infancia
Juventud	Juventud
Edad adulta	Edad adulta
Mayores	Mayores
Determinantes	Determinantes

Asistencia a la escuela Hábitos educativos Higiene y nutrición	Asistencia a la escuela Hábitos educativos Higiene y nutrición
Asistencia a Instituto Igualdad entre hombres y mujeres Sexualidad y prevención de embarazo	Asistencia a Instituto Igualdad entre hombres y mujeres Sexualidad y prevención de embarazo
Uso adecuado de servicios de salud Igualdad entre hombres y mujeres Violencia contra las mujeres	Alimentación e higiene Convivencia en el barrio Uso adecuado de servicios de salud
Recursos y actividades dirigidas a mayores Formación a familiares Desempleo Centros educativos en el barrio Acceso y uso de servicios de salud	Formación a familiares Recursos y actividades dirigidas a mayores Cultura de paz entre culturas Centros educativos en el barrio Acceso y uso de servicios de salud

BLOQUE	GRUPO	ITEM
HIGIENE_NUTRICION	INFANCIA	2
	ADOLES/JUVENTUD	--
	ADULTO	1, 2, 3
	MAYORES	--
	DETERMINANTES	--

ENTORNO_AMBIENTE	INFANCIA	4
	ADOLES/JUVENTUD	2, 6, 8, 9
	ADULTO	4, 7, 10, 17, 18
	MAYORES	2, 3
	DETERMINANTES	2, 3, 4, 8, 9

EDUCACION_FORMACION	INFANCIA	1, 3
	ADOLES/JUVENTUD	1,
	ADULTO	5, 6, 15
	MAYORES	1
	DETERMINANTES	1, 5

DESIGUALDAD_DESARROLLO_PERSONAL	INFANCIA	1
	ADOLES/JUVENTUD	3, 4, 5, 7
	ADULTO	8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 19
	MAYORES	--
	DETERMINANTES	6, 7

<b>Población</b>	<b>Ítem</b>	<b>Nº</b>	<b>Grupo</b>	<b>agentes</b>
				<b>Mediana</b>
Infancia	Asistencia a escuela	3	Educación_ formación	10
Adolescencia/juventud	Asistencia instituto	1	Educación_ formación	10
Edad adulta	Uso adecuado servicios salud	6	Educación_ formación	10
Edad adulta	Uso USSR en mujeres gitanas	12	Desigualdad_ desarrollo personal	10
Edad adulta	Violencia contra mujeres	16	Desigualdad_ desarrollo personal	10
Edad adulta	Abuso de drogas en hombres	17	Entorno_ ambiente	10
Personas mayores	Recursos para su cuidado	2	Entorno_ ambiente	10
Personas mayores	Actividades dirigidas a mayores	3	Entorno_ ambiente	10
Otros problemas				10
Determinantes de salud	Condiciones de viviendas y fincas	3	Entorno_ ambiente	10
Determinantes de salud	Asociaciones y entidades culturales	5	Educación_ formación	10
Infancia	Hábitos educativos	1	Desigualdad_ desarrollo personal/Educ	9
Infancia	Alimentación saludable	2	Higienen_ nutrición	9
Adolescencia/juventud	Igualdad hombres_ mujeres	3	Desigualdad_ desarrollo personal	9
Adolescencia/juventud	Conductas delictivas	9	Entorno_ ambiente	9
Edad adulta	Igualdad hombres_ mujeres	7	Entorno_ ambiente	9
Edad adulta	Convivencia barrio	10	Entorno_ ambiente	9
Edad adulta	Autocuidados en mujeres	14	Desigualdad_ desarrollo personal	9
Personas mayores	Formación a familiares	1	Educación_ formación	9
Determinantes de salud	Centros educativos en el barrio	1	Educación_ formación	9
Determinantes de salud	Estado del espacio público	2	Entorno_ ambiente	9
Determinantes de salud	Cultura de la paz entre culturas	7	Desigualdad_ desarrollo personal	9
Adolescencia/juventud	Sexualidad	4	Desigualdad_ desarrollo personal	8,5
Determinantes de salud	Contaminación	8	Entorno_ ambiente	8,5
Adolescencia/juventud	Uso y abuso de drogas	2	Entorno_ ambiente	8
Adolescencia/juventud	Prevención embarazo	5	Desigualdad_ desarrollo personal	8
Adolescencia/juventud	Prevención accidentes tráfico	8	Entorno_ ambiente	8
Edad adulta	Higiene personal	1	Higienen_ nutrición	8
Edad adulta	Alimentación saludable	2	Higienen_ nutrición	8
Edad adulta	Salud bucodental	3	Higienen_ nutrición	8
Edad adulta	Automedicación	5	Educación_ formación	8
Edad adulta	Habilidades comunicación	8	Desigualdad_ desarrollo personal	8
Edad adulta	Autoestima en mujeres	13	Desigualdad_ desarrollo personal	8
Edad adulta	Formación para mujeres	15	Educación_ formación	8
Otros problemas				8
Otros problemas				8
Otros problemas				8
Otros problemas				8
Otros problemas				8
Determinantes de salud	Modelos de género tradicional	6	Desigualdad_ desarrollo personal	8
Determinantes de salud	Acceso y uso de servicios de salud	9	Entorno_ ambiente	8
Infancia	Prevención accidentes tráfico	4	Entorno_ ambiente	7
Adolescencia/juventud	Actividades ocio	6	Entorno_ ambiente	7
Adolescencia/juventud	Resolución conflictos	7	Desigualdad_ desarrollo personal	7
Edad adulta	Limpieza cuidado entorno	4	Entorno_ ambiente	7
Edad adulta	Resolución conflictos	9	Desigualdad_ desarrollo personal	7
Edad adulta	Prevención embarazos	11	Desigualdad_ desarrollo personal	7
Edad adulta	Tráfico de drogas	18	Entorno_ ambiente	7
Edad adulta	Perjuicios y estereotipos etnia gitana e inmigrantes	19	Desigualdad_ desarrollo personal	7
Otros problemas				7
Otros problemas				7
Determinantes de salud	Desempleo y fuentes de ingresos	4	Entorno_ ambiente	7
Otros problemas				5

Población	Ítem	Nº	Grupo	profesional Mediana
Infancia	Hábitos educativos	1	Desigualdad_desarrollo personal/Educ	9
Infancia	Asistencia a escuela	3	Educación_ formación	9
Adolescencia/juventud	Asistencia instituto	1	Educación_ formación	9
Edad adulta	Higiene personal	1	Higienen_ nutrición	9
Edad adulta	Alimentación saludable	2	Higienen_ nutrición	9
Edad adulta	Salud bucodental	3	Higienen_ nutrición	9
Edad adulta	Convivencia barrio	10	Entorno_ ambiente	9
Personas mayores	Formación a familiares	1	Educación_ formación	9
Otros problemas				9
Otros problemas				9
Determinantes de salud	Centros educativos en el barrio	1	Educación_ formación	9
Determinantes de salud	Condiciones de viviendas y fincas	3	Entorno_ ambiente	9
Determinantes de salud	Asociaciones y entidades culturales	5	Educación_ formación	9
Infancia	Alimentación saludable	2	Higienen_ nutrición	8
Adolescencia/juventud	Igualdad hombres_mujeres	3	Desigualdad_desarrollo personal	8
Adolescencia/juventud	Sexualidad	4	Desigualdad_desarrollo personal	8
Adolescencia/juventud	Prevención embarazo	5	Desigualdad_desarrollo personal	8
Adolescencia/juventud	Resolución conflictos	7	Desigualdad_desarrollo personal	8
Edad adulta	Limpieza cuidado entorno	4	Entorno_ ambiente	8
Edad adulta	Uso adecuado servicios salud	6	Educación_ formación	8
Edad adulta	Igualdad hombres_mujeres	7	Entorno_ ambiente	8
Edad adulta	Habilidades comunicación	8	Desigualdad_desarrollo personal	8
Edad adulta	Prevención embarazos	11	Desigualdad_desarrollo personal	8
Edad adulta	Autoestima en mujeres	13	Desigualdad_desarrollo personal	8
Edad adulta	Autocuidados en mujeres	14	Desigualdad_desarrollo personal	8
Edad adulta	Formación para mujeres	15	Educación_ formación	8
Edad adulta	Tráfico de drogas	18	Entorno_ ambiente	8
Personas mayores	Recursos para su cuidado	2	Entorno_ ambiente	8
Personas mayores	Actividades dirigidas a mayores	3	Entorno_ ambiente	8
Otros problemas				8
Otros problemas				8
Determinantes de salud	Estado del espacio público	2	Entorno_ ambiente	8
Determinantes de salud	Cultura de la paz entre culturas	7	Desigualdad_desarrollo personal	8
Determinantes de salud	Contaminación	8	Entorno_ ambiente	8
Determinantes de salud	Acceso y uso de servicios de salud	9	Entorno_ ambiente	8
Edad adulta	Violencia contra mujeres	16	Desigualdad_desarrollo personal	7,5
Otros problemas				7,5
Otros problemas				7,5
Infancia	Prevención accidentes tráfico	4	Entorno_ ambiente	7
Adolescencia/juventud	Uso y abuso de drogas	2	Entorno_ ambiente	7
Adolescencia/juventud	Actividades ocio	6	Entorno_ ambiente	7
Adolescencia/juventud	Prevención accidentes tráfico	8	Entorno_ ambiente	7
Adolescencia/juventud	Conductas delictivas	9	Entorno_ ambiente	7
Edad adulta	Uso USSR en mujeres gitanas	12	Desigualdad_desarrollo personal	7
Otros problemas				7
Otros problemas				7
Determinantes de salud	Desempleo y fuentes de ingresos	4	Entorno_ ambiente	7
Determinantes de salud	Modelos de género tradicional	6	Desigualdad_desarrollo personal	7
Edad adulta	Resolución conflictos	9	Desigualdad_desarrollo personal	6,5
Edad adulta	Automedicación	5	Educación_ formación	6
Edad adulta	Abuso de drogas en hombres	17	Entorno_ ambiente	6
Edad adulta	Perjuicios y estereotipos etnia gitana e inmigrantes	19	Desigualdad_desarrollo personal	6
Otros problemas				6

## **ANEXO 3. ESTUDIO DEL BARRIO DE L'ALQUERIETA DE ALZIRA:**

**Descripción de las actividades de la acción  
“Nuestro barrio en movimiento: juegos en grupo”**

## YINCANA “NUESTRO BARRIO EN MOVIMIENTO: JUEGOS EN GRUPO”

### **ACTIVIDAD 1. EL GRITO SALVAJE. Dinámica de presentación y formación de los equipos participantes.**

#### **Objetivo:**

- Promover la interrelación, tanto a nivel intergeneracional como multicultural para la formación de grupos.

#### **Organización:**

2 agentes de salud (mujeres gitanas)

Profesionales: 2 técnicas de RIU y 1 técnico de la fundación Cepaim

Vecinas del barrio

#### **Lugar:**

Jardín del Centro de Participación Ciudadana

#### **Desarrollo:**

##### **1ª parte**

**Tiempo:** 20 minutos

#### **Materiales:**

Rotuladores y papeletas para escribir: gallo, vaca, perro, gata, pato y gallina

60 cartulinas: 10 rojas, 10 azules, 10 amarillas, 10 verdes, etc.

60 sobres para meter dentro de cada cartulina

Megáfono para leer el cuento

**Desarrollo:** Todas las personas participantes reciben de la organización una papeleta en secreto y no deben abrirla hasta que se les indique. Se explica que deben prestar mucha atención al cuento porque sus sobres contienen información relacionada. A continuación se lee el siguiente cuento:

*“La granja de Sebastiana era una granja como todas las demás; es decir, muy normal. Pero un día todo cambió porque a Sebastiana se le ocurrió contratar un ayudante. La idea no era mala, ya que en la granja había mucho trabajo y la pobre Sebastiana se sentía un poco cansada.*

*El ayudante se llamaba Juanito; parecía muy bueno y trabajador; pero como siempre había vivido en la ciudad, era algo torpe.*

*El día que llegó, Sebastiana le recomendó que se fuera a dormir temprano porque en la granja había que levantarse a la madrugada, junto con el sol, cuando cantaba el gallo. "¡Vaya despertador más raro!", pensó Juanito mientras iba en busca del gallo para ponerlo sobre su mesita de noche.*

*Y eso no fue nada, lo peor fue cuando intentó darle cuerda... ¡tuvo que perseguirlo por todo el dormitorio porque el gallo no se dejaba retorcer la cola! "Este debe ser un gallo automático, de ésos que tienen pilas", pensó y se acostó en su cama.*

*El pobre gallo, que no entendía lo que sucedía, se quedó dormido junto a Juanito y, como la cama era muy cómoda, los dos durmieron y durmieron hasta que el sol estuvo muy alto. El problema fue que como el gallo no cantó, todos en la granja se quedaron dormidos.*

*Las primeras en despertarse fueron las vacas que esperaron en vano que Sebastiana le llevara su comida. Entonces, muy hambrientas, se metieron en la cocina de la casa y se tomaron todo el café que encontraron. Los perros y los gatos, que ya se habían despertado y también tenían hambre, vieron entrar a las vacas en la cocina y decidieron imitarlas. Pero, camino de la casa, pasaron por el estanque y despertaron a los patos para invitarlos a desayunar con ellos en la cocina de Sebastiana. Tanto alboroto en la cocina, despertó por fin a la granjera, que al mirar su reloj, comprobó desesperada que eran... ¡las diez de la mañana!*

*Todos los animales oyeron los gritos de Sebastiana y asustados empezaron a organizarse. Para eso, cada uno gritaba su sonido y se juntaron por grupos para irse a su sitio de la granja".*

En este momento se indica a quienes participan que deben ver sus papeletas, y emitir los sonidos para formar grupos. Cuando ya estén formados los grupos, se les pide que se sienten en el suelo por equipos y se sigue el cuento.

*"Sebastiana se puso las botas y corrió al dormitorio de Juanito y, una vez allí, no pudo creer lo que estaba viendo: ¡Juanito y el gallo dormían plácidamente, uno junto al otro! Cuando Sebastiana se repuso del asombro, corrió escaleras abajo y, al entrar en la cocina, se encontró con que los animales de la granja se habían comido todo lo que encontraron.*

*El desorden era total y era tan increíble lo que estaba viendo, que Sebastiana pensó que era una pesadilla y que aún no se había despertado.*

*Corrió hacia la granja y vio que todos los animales estaban en sus lugares y se quedó más tranquila. Pero al día siguiente, cuando Sebastiana ordeñó a las vacas, le llenó varios tarros enteros de café con leche.*

*Cuando Juanito vio esto dijo: -¡Qué lástima que ayer la vaca se tomara el café en lugar de comerse el chocolate...!"*

*Pero lo que Juanito no sabía, era que el chocolate se lo habían comido las gallinas que, en ese momento, estaban poniendo, ¡Huevos de Pascua!"*

## **2ª parte**

**Tiempo:** 12 minutos

### **Materiales:**

Rotuladores y cartulinas para hacer los dorsales para los equipos.  
5 mapas del barrio con 5 recorridos distintos (uno para cada grupo)  
Megáfono para las instrucciones

### **Desarrollo:**

Una vez formados los equipos, se repartirán los dorsales y los diferentes mapas, y se leen las siguientes instrucciones de la yincana:

- Cada grupo tiene un mapa con un recorrido individual y diferente a los otros. Por lo tanto, las pruebas se realizarán de forma simultánea.
- El recorrido consta de 5 pruebas que realizarán cada grupo por separado, en diferentes lugares del barrio.
- La sexta y última prueba se realizará con la cooperación de los cinco equipos.
- Cada prueba tendrá un tiempo limitado que deberá ser respetado para seguir con la organización de la yincana.
- Existe un sistema de puntuación que valorará diferentes aspectos del grupo y la prueba.
- Al finalizar cada prueba, el personal organizador hará entrega de una letra al equipo que tendrán que conservar hasta la prueba conjunta final.
- Al finalizar la yincana, se entregará un certificado de participación y además, el equipo ganador tendrá un premio.
- El juego comienza... ¡¡YA!!

### **Participantes:**

Nº de equipos máximo: 5 +1

Nº de itinerarios: 5 +1

Nº de pruebas por itinerario máximo: 5 +1

Nº personas por equipo: de 4 a 10 personas

## **ACTIVIDAD 2. APRECIA EL AGUA**

### **Objetivo:**

- Sensibilizar hacia el uso responsable del agua

### **Organización:**

Agente de salud (mujer gitana)

Profesionales: técnico fundación Cepaim

Presidente de la asociación de vecinos y presidenta de la falla

### **Materiales:**

6 vasos de agua de plástico duro de colores diferentes (un color por cada equipo participante)

8 garrafas de agua con una capacidad de 5 litros; 1 garrafa vacía

alrededor de 20 litros de agua; se necesitarán 5 litros para llenar la garrafa de agua; si participan 6 equipos, sumarán 30 litros, más la que se pueda derramar por el recorrido

6 registros de puntuación de la prueba

bolígrafos

silbato

### **Lugar:**

Plaza Diego de Almagro

### **Desarrollo:**

- Una de las personas que dirigen la prueba explica el desarrollo de la prueba y otra hará la demostración.
- Antes de iniciar la prueba, el equipo decidirá:
  - el orden en que las personas que componen el equipo participarán en la prueba
  - la persona del equipo encargada de llevar la garrafa hasta la zona de pinos para regarlos.

Las personas que dirigen la prueba anotan esta información.

- El primer miembro del equipo, cogerá el vaso con agua desde la salida e irá saltando a la pata coja hasta las escaleras.
- Subirá las escaleras corriendo y vaciará el agua en la garrafa que habrá arriba.
- Una vez vaciado el vaso, bajará las escaleras y volverá a la salida saltando como un canguro.
- A continuación, repetirá el ejercicio el segundo miembro del equipo y así

sucesivamente hasta que todas las personas que componen el equipo hayan realizado el ejercicio.

- Una vez llena la garrafa, la persona participante elegida por el equipo hará 15 sentadillas, cogerá la garrafa, llegará hasta los pinos y vaciará el agua para regarlos.
- Al finalizar la prueba, se les dará al equipo dos letras y los puntos que han conseguido.

Tiempo para llenar la garrafa 10 minutos y los 5 minutos restantes de sentadillas y regar los pinos.

Nota: Si alguna persona del equipo por motivos de limitación física no pudiera realizar alguno de los ejercicios del recorrido, otra persona del equipo los hará por ella.

**Tiempo:** 15 minutos

### **ACTIVIDAD 3: APRENDEMOS A RECICLAR**

#### **Objetivos:**

- Sensibilizar al vecindario del barrio sobre la importancia de separar los residuos generados para después reciclarlos.
- Aprender a diferenciar dónde depositar cada residuo según el material del que se compone

#### **Organización:**

Agente de salud (hombre, marroquí)

Profesionales: 2 técnicas del Centro de Participación Ciudadana

Vecina del barrio (mujer gitana)

#### **Materiales:**

5 Cartulinas de colores amarillo, verde, azul, gris y naranja

5 Cajas de cartón grandes

Material para reciclar:

Botes, latas, botellas de vidrio y de plástico, cajitas de cartón, papel de periódico y de revistas, servilletas, bombillas, Cds, cepillo de dientes, pilas, restos de alimentos

Dibujos para pegar delante de cada caja:

De plástico, cristal, papel y cartón y de varios objetos que irían en otro tipo de contenedores

#### **Lugar:**

Plaza de la Ribera

#### **Desarrollo:**

En primer lugar, se pondrán cinco cajas de colores en 5 puntos diferentes del espacio donde vaya a realizarse la actividad, con una distancia suficiente para que quien participe pueda correr de una a la otra. Cada caja va a representar un tipo de contenedor. Delante de cada caja habrá un dibujo de los principales elementos que se deben depositar en ella. La caja verde, que representará el contenedor del vidrio, la caja amarilla que será para colocar el plástico, la caja azul que nos servirá para introducir el papel y el cartón; la caja gris, destinada a la introducción de la materia orgánica y por último, colocaremos una caja naranja, en la cual se introducirán todos los objetos que generen duda o no tengan un contenedor específico para depositarlos.

Por otra parte, habrá en el suelo un montón de distintos tipos de residuos mezclados. En este montón pondremos productos como por ejemplo alguna lata de cola, cajas de cartón, tarros de olivas, botellas de agua, cepillo de dientes, CDs, papel de periódico, servilletas, bombillas, jarrón de cerámica, pilas, medicamentos, y restos de comida.

La actividad consistirá en poner cada uno de estos objetos en el contenedor que le corresponda, según el tipo de material que sea.

Quien participe cogerá uno de los residuos y correrá hasta la caja que crea que es la correcta. Si se equivoca tendrá que repetir la prueba de nuevo hasta conseguir hacerla correctamente.

Al acabar de introducir todos los residuos, se cogerán todos aquellos depositados en la caja naranja, y se explicará dónde pueden depositarlos.

Si terminado el tiempo establecido para la realización de la prueba, el grupo no ha conseguido realizarla correctamente, la persona encargada de coordinar la actividad hará una simulación de la misma, enfatizando en los errores que haya tenido el grupo y explicando cada uno de ellos.

Una vez terminada la prueba se le entregará al grupo una letra, la cual va a ser una pieza clave para formar una palabra al final de todas las actividades.

**Tiempo:**

20 minutos

## ACTIVIDAD 4. CREA TU PARQUE

### Objetivos:

- Potenciar la creatividad e imaginación.
- Desarrollar la capacidad crítica a través de la observación de carencias en el mobiliario urbano del barrio.

### Organización:

Agente de salud (mujer rumana gitana)

Profesional: técnica fundación Cepaim

Vecina (mujer gitana)

### Materiales:

Instrucciones del juego

Silbato

Cámara de fotos

### Lugar:

Parque de la plaza Menéndez Pelayo

### Desarrollo:

- Se pide a las personas participantes que observen el parque durante 2 minutos, para pensar en al menos dos objetos y/o mobiliario urbano que consideren que falta en el parque de la plaza Menéndez Pelayo, por ejemplo: fuente, árboles, bancos, columpios, etc. Es importante no dar pistas ni decir objetos al equipo para dejarles imaginar sin condicionarles.
- A continuación se describe una tabla de ejercicios físicos que deberán realizar:

Estiramiento cuello lateral (5" derecha y 5" izquierda)	
Estiramiento cuello frontal (5" delante y 5" detrás)	

<p>Estiramiento pecho (5 repeticiones de 5'')</p>	
<p>Estiramiento hombros (5 repeticiones de 5'')</p>	
<p>Estiramiento brazos (10'' brazo derecho y 10'' brazo izquierdo)</p>	
<p>Estiramiento lateral (10'' costado derecho y 10'' costado izquierdo)</p>	
<p>Estiramiento lumbar (10'' hacia la derecha y 10'' hacia la izquierda)</p>	

- Tras los estiramientos, cada participante debe representar con su cuerpo una cosa de las que hayan pensado, al fin de que entre todo el equipo, tener un parque completo.
- Una persona de la organización deberá tomar una foto de cada representación

**Tiempo:** 15 minutos

## **ACTIVIDAD 5: MINI-TRIVIAL**

### **Objetivos:**

- Fomentar las interacciones intergeneracionales e interculturales
- Conocer algunos aspectos de la historia del barrio

### **Organización:**

Agente de salud (mujer gitana)

Profesional: coordinadora del Centro de Participación Ciudadana

Presidenta y usuaria del centro de bienestar y convivencia de mayores

### **Materiales:**

3 cartulinas, formato cuartilla (fichas con las preguntas escritas)

Folios

Bolígrafos

### **Lugar de realización:**

Parque Trafalgar

### **Desarrollo:**

La persona encargada de coordinar la actividad leerá al grupo una pregunta de cada bloque, Actividad Física, barrio y medio ambiente (fichas de preguntas de trivial). A partir de este momento el grupo ha de pensar las respuestas o buscarlas en una de las personas que se encuentren por la zona que crean que pueda contestarla correctamente. Para contestar las 3 preguntas tendrán un máximo de 15 minutos.

Se le entregará un punto por cada respuesta de cada bloque contestada correctamente.

## **ACTIVIDAD 6. CIRCUITO DEPORTIVO**

### **Objetivos:**

- Fomentar la actividad física

### **Organización:**

Agente de salud (mujer rumana gitana)

Profesional: técnico de la fundación Cepaim

Vecino y 2 vecinas del barrio (españoles)

### **Materiales:**

Cuerda, pelota baloncesto, conos pequeños y grandes, aros pequeños y grandes, sacos.

### **Lugar:**

Espacio contiguo a la explanada de Protección Civil. Canchas de baloncesto

### **Desarrollo:**

Circuito dividido por tramos, donde en cada tramo se debe superar físicamente una prueba. El circuito cuenta con 7 pruebas y cada una de ellas tendrá un espacio delimitado formando un recorrido:

1º Hacer la carretilla por parejas. El equipo decidirá que personas realizan la carretilla con éxito, sin caídas.

2º Saltar a la comba. El equipo deberá saltar a la comba todos juntos y a la vez. Si el equipo es numeroso, dos personas darán a la comba y el resto del equipo saltará sincronizado. Si no son muchos, el personal organizador podrá dar a la cuerda para que el equipo pueda saltar juntos.

3º Carrera de sacos. Dos personas del equipo tendrán que hacer un pequeño recorrido a saltos dentro de un saco. Dentro de los equipos se organizarán para saber quien salta en sacos.

4º Encestar aros. La prueba consistirá en encestar dos aros pequeños en conos grandes, en una distancia marcada por la organización, y en un tiempo fijado.

5º Carrera a través de conos en zigzag. Dos personas del equipo tendrán que pasar en zigzag a través de una hilera de conos, sin saltarse ninguno.

6º Saltar a la pata coja. Dos personas del equipo tendrán que saltar a la pata coja a través de una hilera en el suelo de aros grandes, sin saltarse ninguno.

7º Encestar a canasta. Una persona del equipo tendrá que encestar dos veces a canasta, en un tiempo fijado y a una distancia marcada por la organización.

**Tiempo:** 20 minutos

## **ACTIVIDAD 7. ¿Y MAÑANA QUÉ?**

### **Objetivos:**

- Sensibilizar a las personas participantes en la gincana de la práctica de la actividad física en el día a día
- Identificar posibles maneras de incorporar la actividad física en grupo en su vida diaria

### **Organización:**

Agente de salud (mujer española)

Profesional: técnica del departamento de Igualdad del Ayuntamiento

Voluntaria fundación Cepaim

### **Materiales:**

Hoja y bolígrafo

### **Lugar:**

Explanada de Protección Civil

### **Desarrollo:**

A cada equipo se le formula la pregunta:

*¿Qué propuesta haríais para que en grupo y sin demasiados recursos pudiéramos practicar actividad física desde mañana mismo?*

Las personas que dirigen la actividad explican a los equipos que han de tener en cuenta que han de ser viables, sin demasiados recursos, que puedan incorporar desde mañana mismo, que tengan en cuenta las diferencias por género, edad, etc.

El equipo tiene un tiempo para consensuar la respuesta y facilitarla a las personas que dirigen la actividad.

La persona que dirige la actividad anotará las propuestas realizadas por cada equipo.

Al finalizar la prueba y en el momento de entrega del premio, se leerán las respuestas que los equipos han facilitado.

## **SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE CADA PRUEBA**

### **PUNTOS POR HACER LA PRUEBA:**

2 puntos

Y en la prueba del Mini-trivial: 3 puntos (1 punto por pregunta)

### **PUNTOS POR EL RESPETO EN LA PRUEBA:**

1 punto por no insultar

1 punto por no pegarse

### **PUNTOS POR PARTICIPACIÓN EN LA PRUEBA:**

1 punto por tomar decisiones en equipo

1 punto por participación de todas las personas que componen el equipo

### **PUNTOS POR NO FUMAR**

1 punto si nadie del equipo fuma

## **AL FINALIZAR LAS PRUEBAS**

Lugar: explanada de Protección Civil

- Formación de la frase con todas las letras facilitadas a los equipos:

**NUESTRO BARRIO, L'ALQUERIETA, LIMPIO, VERDE  
Y EN MOVIMIENTO**

- Recuento de puntos de los equipos y entrega de los premios al equipo ganador.  
Premios: un trofeo y medallas elaborados con material reciclado y unas plantas
- Entrega de los diplomas de participación a todas las personas
- Invitación al refrigerio



