

RESUMEN DESCRIPTIVO

La presente tesis doctoral nace en el contexto de una intervención comunitaria en promoción de salud y reducción de desigualdades sociales en salud en la ciudad de Alicante, como consecuencia del convenio específico de colaboración entre la Universidad de Alicante y el Ayuntamiento de Alicante para el desarrollo del proyecto estratégico “Alicante Ciudad Saludable y Sostenible 2025”, utilizando de forma estratégica los activos en salud, como base para conocer el estado actual de la ciudad de Alicante, construyendo el elemento de apoyo en los procesos de la forma de decisiones.

La tesis está dividida en 5 capítulos, seguidos de 7 anexos. En el primer capítulo titulado Introducción, está dedicado al marco teórico, de los determinantes sociales de la salud, salud para todos, a promoción de salud, ciudades saludables, salud en todas las políticas y gobernanza local en salud, salutogénesis y activos en salud y mapa de activos en salud.

En el capítulo segundo, titulado Justificación y objetivos, argumento esta investigación y la finalidad de la misma.

En el capítulo tercero, titulado Metodología, abordo el procedimiento utilizado en las diferentes fases, primero, definición del territorio estudiado y el análisis documental de la ciudad de Alicante, describiendo los barrios incluidos con diferente nivel socioeconómico, con pinceladas de historia relacionadas con los conocimientos del barrio y vinculada con los movimientos higienistas, herramientas en su conjunto esenciales para entender las respuestas de las personas entrevistadas; segundo, descripción de la población participante: ciudadanía, profesionales y responsables de política local; tercero, criterios de inclusión y exclusión aplicados; cuarto, unidades de estudio; quinto, recogida de datos y diferentes fases aplicadas y por último el plan de análisis de los datos.

En el capítulo cuarto, titulado Mapa de activos en salud, se divide en cuatro bloques: uno, presento la identificación de activos en salud de Alicante por la población participante a través de las entrevistas realizadas; dos, muestro los diferentes mapas de activos en salud: Activos recursos, Activos asociaciones, Activos actividades comunitarias, Activos Lugares del barrio y ciudad, Activos Costumbres y tradiciones, consensuados en grupos de discusión por la ciudadanía y profesionales, además hago dos tipos de análisis, según la opinión de cada colectivo y según el barrio estudiado; tres, indico los resultados cualitativos de los grupos de discusión con la ciudadanía y profesionales, en los diferentes barrios estudiados; cuatro, los resultados de la salud autopercebida por los colectivos a través de las entrevistas efectuadas.

En el capítulo quinto, titulado Resumen de los resultados, discusión y conclusiones, se divide en tres grupos, indicando el resumen de los resultados, la discusión de los resultados hallados en la literatura publicada, indicando las limitaciones y fortalezas de esta investigación y por último Conclusiones y recomendaciones finales. En los anexos apporto con detalle la información documental de territorio, servicios, asociaciones participativas e informantes claves de cada barrio, los cuestionarios de las entrevistas estructuradas realizadas a cada colectivo, modelo de consentimiento informado, aprobación del comité ético de la universidad y las preguntas utilizadas en los grupos de discusión.

Durante los años 80 la OMS Europa inició el llamado trabajo por entornos, dentro de las actividades de Promoción de la Salud. Sin duda de entre estos proyectos por entornos el proyecto *Healthy Cities* fue el más ambicioso y el más exitoso en términos de apoyo político y cobertura. Literalmente miles

de ciudades y pueblos en todo el mundo en todas las regiones de la OMS empezaron a trabajar en esos años para hacer sus entornos más saludables.

En España la idea de ciudades saludables tomó bastante cuerpo a final de los 80 y decenas de ciudades trabajaron durante años con la federación de municipios y provincias en la red española de ciudades saludables conectadas a la OMS; también algunas Comunidades Autónomas desarrollaron redes regionales como Valencia y Andalucía. Todas estas iniciativas de entornos se basaban en el modelo de necesidades, aun hegemónico en salud pública por su parecido al modelo médico. La OMS proponía realizar un diagnóstico de salud de las ciudades y luego un plan de salud. Obviamente el ejercicio de diagnóstico revelaba múltiples deficiencias y necesidades en las poblaciones, con lo que los planes de salud necesitaban de enormes esfuerzos políticos y financieros en servicios, que no siempre podían ser atendidos adecuadamente. Su base en el modelo de déficit hizo que progresivamente el apoyo e impulso de ciudades saludables fuera desvaneciéndose.

Antonovsky en 1987 dentro de su modelo salutogénico, y desde una visión dinámica del bienestar humano, se centra en explorar el origen de la salud en vez de explicar las causas de la enfermedad. Es un enfoque centrado en el desarrollo positivo de la salud, o promoción de la salud, del que surge el concepto de activo de salud como **“cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar”**. Por ejemplo, un activo de salud para la población española es la dieta mediterránea, que incluso en un reciente ensayo clínico se ha demostrado útil en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Se está prestando una notable atención al modelo de activos, especialmente en años de crisis financiera en el sector público pues no es necesario el diagnóstico de necesidades ni el esfuerzo extra en servicios. Por ello, que está siendo considerado por algunos gobiernos conservadores como el del Reino Unido, como una alternativa a la oferta de más servicios públicos.

Kretzman y McKnight en 1993, describen el mapa de activos como un inventario dinámico de las fortalezas y capacidades de las personas que forman una comunidad, antes de intervenir. Para lo que se pone en el foco de atención en las políticas y actividades para su desarrollo, en las capacidades, en las habilidades y recursos de las personas a título individual, las personas y asociaciones e instituciones, y los entornos. En 1996 afirman que el mapa de activos resulta necesario cuando las personas buscan la forma de empoderarse y renovarse en un entorno concreto.

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

Hay pocas investigaciones que desde una perspectiva de salud pública, con unidad de observación y análisis, han trabajado con comunidades teniendo en cuenta su medio ambiente, físico y social. Lindsström y Erikson son de los pocos profesionales que han intentado dar una dimensión de la salud pública de manera sistemática al trabajo de Antonovsky. Son relevantes sus trabajos sobre el impacto positivo del sentido de la coherencia (SOC) en la calidad de vida, y más importante aún es la revisión sistemática de los mismos autores sobre la relación entre el SOC y la salud auto-percibida.

Algunos autores, entre ellos Morgan y Ziglio y en España Alvarez-Dardet y Ruiz, Hernán y colaboradores, han propuesto una alternativa en salud pública al modelo de necesidades y servicios

planteando una fusión entre la teoría salutogénica de Aaron Antonovsky y el modelo de mapa de activos de John McKnight. Al menos en teoría, ven la posibilidad de que existan espacios y comunidades salutogénicos externos al individuo. En 2010 desarrollan el marco teórico en un contexto mundial.

Rivera de los Santos y colaboradores en 2011, destacan que lo importante para Antonovsky es que las personas sean conscientes y tengan la capacidad de utilizar los recursos generales de resistencia (dinero, conocimiento, experiencia, autoestima, hábitos saludables, compromiso, apoyo social, capital cultural, inteligencia, tradiciones y la visión de la vida). Con estos recursos las personas tienen más oportunidades de hacer frente a los retos y desafíos vitales y de construir experiencias coherentes en sus vidas.

En España se están utilizando diferentes modelos que ponen en relación la importancia de los determinantes de salud con los resultados, la necesidad de visibilizar información sobre actividades comunitarias y activos de salud desde el Observatorio de Salud de Asturias, o las actividades del proyecto RIU en Valencia. Por otro lado el reciente desarrollo de la Alianza de Salud Comunitaria con la participación de diferentes entidades de ámbito nacional (autoridad sanitaria, sociedades científicas, agencias de salud pública, universidades e instituciones de salud comunitaria), favorece la utilización colaborativa de una base de datos de actividades comunitarias y activos en salud creada con tablas de fusión de Google. Rutten y colaboradores demostraron en su estudio realizado en Alemania, que las políticas intersectoriales que buscan mejorar los resultados de salud, tienen más probabilidades de tener éxito si se maximizan las oportunidades para aprovechar al máximo los activos existentes en las personas, comunidades y organizaciones.

Aunque el instituto de McKnight, ABCD (Asset Based Community Development) lleva años aplicando estos principios en EEUU al desarrollo comunitario, y pese a su atractivo teórico, obvio, existe poca literatura científica con estudios empíricos sobre mapa de activos para la salud y desarrollo de intervenciones basadas en estos activos.

La Unión Europea incluye como objetivo en su estrategia Horizonte 2020, dentro de sus principales retos sociales, mejorar la salud a lo largo de la vida y el bienestar de todos, señalando precisamente la necesidad de investigación en iniciativas que ayuden a contener los costes del sistema sanitario y asistencial social de la Unión.

Del mismo modo, la oficina Europea de la OMS en su estrategia Salud 2020 define como objetivos estratégicos mejorar la salud para todos y la reducción de las desigualdades en salud; y mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud. Una de sus líneas prioritarias, "crear entornos de apoyo y comunidades resilientes", incorpora la perspectiva del modelo de activos que relaciona con los determinantes sociales para la salud y el concepto de salud urbana.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la necesidad de generar más conocimiento en cuanto a la aplicabilidad del modelo de activos para la salud en salud pública y la posibilidad de generar sinergias entre esta aproximación y otras estrategias, de carácter integral e intersectorial, desarrolladas en el entorno urbano (Agenda 21, Smart Cities, Ineqcities), me hace considerar como pertinente esta investigación.

En este sentido Alicante, modelo de ciudad que integra y participa de los principios de protección y promoción de la salud, la sostenibilidad y la convivencia; con los cambios de economía global despliega un nuevo modelo de desarrollo urbano más sostenible y a la vez más humano, conocido como "smart cities". La Diputación de Alicante tiene incluidos varios municipios en Agenda 21. Bajo el manifiesto por las ciudades inteligentes, apuesta por el progreso económico, social y empresarial de la ciudad a través de la innovación y el conocimiento, apoyándose en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), haciendo más fácil la vida de la ciudadanía, logrando una sociedad más cohesionada y solidaria, generando y atrayendo talento humano.

Así que por ello, y por la existencia de importantes lagunas de conocimiento en cuanto a la aplicabilidad de enfoque de activos para la salud en salud pública, y en concreto su aplicación en el entorno urbano, me parece relevante la investigación que presento.

El **objetivo de esta tesis** es explorar la factibilidad y los retos de la aplicación de mapeos de activos para la salud en un entorno urbano, como es la ciudad de Alicante, en los años 2014/16, explorando las concordancias y discordancias entre la percepción de ciudadanos, profesionales y responsables de política local (RPL), con el fin generar ventanas de oportunidad para que la población pueda ganar salud, calidad de vida y bienestar.

Es un estudio transversal, cualitativo-cuantitativo mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales entre octubre 2014 y mayo 2016 a la ciudadanía, profesionales y RPL, en tres barrios de Alicante con diferente nivel socioeconómico (NSE) (bajo, medio, alto) y Centro Histórico. Para identificar personas clave a entrevistar, se aplicó la metodología de bola de nieve.

He adaptado las clasificaciones de activos en salud de Mcknight y la Asociación Internacional para el Desarrollo Comunitario, a los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral. Se definen 5 categorías de activos en salud: Recursos, Asociaciones, Actividades comunitarias, Lugares (del barrio y ciudad), Costumbres y Tradiciones y 43 subcategorías. Posteriormente se analizaron coincidencias y discordancias entre colectivos entrevistados y barrios. Además la salud autopercebida por los colectivos según barrio, edad y sexo, categorizada en buena, regular o mala. Se entrevistó a 252 personas, 136 mujeres, 143 personas de la ciudadanía, 95 profesionales y 14 RPL.

Como resultados, principalmente los activos en salud coincidentes en todos los colectivos y territorio, son los espacios públicos de relación del barrio (56,3%) y la ciudad (56,2%). Todos los colectivos mencionan las 43 subcategorías de la clasificación de activos en salud, excepto los RPL que no identifican las asociaciones sociosanitarias, las actividades comunitarias deportivas, ni la vivienda como lugar activo del barrio y de la ciudad.

Hay diferencias entre barrios, NSE bajo omite los recursos naturales, NSE medio las asociaciones educativas, actividades deportivas, costumbres políticas, NSE alto los recursos políticos, asociaciones deportivas y actividades sanitarias y Centro Histórico actividades sanitarias, además es el único barrio que prioriza las tradiciones religiosas (58%) frente a las populares (42%).

La valoración global de la salud buena autopercebida apenas difiere según sexo, las mujeres (62%) y los hombres (65%); según colectivo y sexo, las mujeres vs hombres con responsabilidad política (73% vs 46%) son más optimistas que sus compañeros de profesión, sucede lo contrario con las mujeres vs hombres de la ciudadanía (58% vs 69%); principalmente según territorio, en el barrio con NSE bajo

(52%) se evalúa la salud inferior que en el Centro Histórico (75%). En el rango de edad 35-49 años se valora mejorar la salud (24%).

Se concluye que el mapeo de activos construido por los tres colectivos identifica espacios de consenso que pueden ser útiles para la dinamización de activos, como los espacios públicos de relación del barrio y la ciudad, por el contrario los activos que no suponen ventanas de oportunidad para el futuro, porque presentan mayor discordancia entre los colectivos son los activos costumbres culturales y activos asociaciones políticas. Globalmente la percepción de salud buena es inversamente proporcional al nivel socioeconómico del barrio, a menor NSE, mejor valoración de la salud. Aunque globalmente apenas hay diferencia de sexo, son las mujeres con responsabilidad política quienes tienen valoran mejor la salud que las mujeres de la ciudadanía.