



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

“IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS ACTIVOS PARA LA SALUD.  
ANÁLISIS EPISTEMOLÓGICO Y MODELO DE MEDICIÓN”

Pablo Alberto Sainz Ruiz



Tesis **Doctorales**

UNIVERSIDAD de ALICANTE

Unitat de Digitalització UA  
Unidad de Digitalización UA



# Universitat d'Alacant Universidad de Alicante

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA, MEDICINA PREVENTIVA Y  
SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**“IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS ACTIVOS PARA LA SALUD.  
ANÁLISIS EPISTEMOLÓGICO Y MODELO DE MEDICIÓN”**

**Pablo Alberto Sainz Ruiz**

Tesis presentada para aspirar al grado de  
DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**Dirigida por:**

**Dr. JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA**

**Dr. JAVIER SANZ VALERO**





*A mi familia, por el cariño y valores transmitidos,  
a mi hermana por todo el apoyo incondicional,  
a mi madre por su fuerza y persistencia,  
y a mi padre por su buen hacer,  
a todas las compañeras,  
a todos los amigos,  
Gracias.*





## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**



Universitat d'Alacant

«Es de importancia para quien desee alcanzar una  
certeza en su investigación el saber dudar a tiempo»

*Aristóteles*



<b>RESUMEN</b>	17
<b>CONFLICTO DE INTERESES</b>	21
<b>PRESENTACIÓN</b>	23
<b>CAPÍTULO 1 JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS</b>	29
<b>CAPÍTULO 2 METODOLOGÍA</b>	43
2.1. Estructura del estudio.	45
2.2. Revisiones conceptuales y profundización epistemológica.	47
2.3. Revisión sistematizada. Dimensiones o cualidades definitorias de un activo para la salud.	51
2.4. Validez de la escala. Panel de expertos.	64
2.5. Construcción de una escala de valoración y priorización de activos para la salud.	79



<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>SALUTOGÉNESIS. MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES</b>	<b>85</b>
3.1. Revisión conceptual. Salutogénesis.	87
3.2. Modelo Salutogénico de Antonovsky.	95
3.2.1. Estresores, manejo de la tensión y estrés.	114
3.2.2. Recursos Generales de Resistencia o Específicos y Déficit de Recursos: GRR, SRR y GRD.	121
3.2.3. Sentido de Coherencia (SOC)	128
3.2.3.1. Componentes del SOC.	132
3.2.3.2. Propiedades psicométricas y uso de la escala SOC.	139
3.3. Orientación salutogénica y paradigma salutogénico.	145
3.3.1. Paraguas Salutogénico.	146
3.3.2. Enfoques y modelos salutogénicos.	174
3.3.2.1. Desarrollo Comunitario.	178
3.3.2.2. Modelo de Desarrollo de Salud EUHPID. Salutogénesis y patogénesis.	191
3.3.2.3. Modelo de Activos. Salud Pública y Salutogénesis.	194
3.3.2.4. Modelo de Margen de Recursos.	198

<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>ACTIVOS PARA LA SALUD. MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES</b>	<b>203</b>
4.1. Revisión conceptual de “ <i>health assets</i> ”.	207
4.2. Significado de mapeo de activos.	219
4.3. Constructo de “ <i>health assets</i> ”.	230
4.3.1. Hablando con propiedad...	247
4.3.2. Una teoría sobre recursos y capacidades.	253
<b>CAPÍTULO 5</b>	
<b>UNA ESCALA PARA VALORAR ACTIVOS PARA LA SALUD</b>	<b>259</b>
5.1. Revisión sistematizada cualitativa. Meta-síntesis.	261
5.2. Configuración del instrumento. Dimensiones de un activo para la salud.	289
5.3. Modificaciones del instrumento según los expertos: resultados del Panel Delfos.	464
5.4. Configuración final del instrumento y medición.	499
<b>CAPÍTULO 6</b>	
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>507</b>
6.1. Discusión.	509
6.2. Limitaciones del estudio.	526
6.3. Futuras líneas de investigación y trabajo de campo.	527
6.4. Conclusiones.	530

**BIBLIOGRAFÍA** 533

**ANEXOS** 585

ANEXO 1: Tabla 5.5: Constructo conceptual e ítems sobre la valoración de activos para la salud. 587

ANEXO 2: Tabla 5.6: Escala de valoración y priorización de activos para la salud – Inicial. 606

ANEXO 3: Figura 5.9: Esquema de constructo e interrelación multidimensional de un activo para la salud. 614

ANEXO 4: Tabla 5.11: Escala de valoración y priorización de activos para la salud – Modificada. 615

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 2.1: Proceso de elaboración de una revisión sistematizada.	52
Figura 2.2: Plantilla de diagrama de flujo de una revisión sistematizada.	59
Figura 2.3: Tipología de resultados. Panel de expertos.	68
Figura 3.1: Resultado de búsqueda en la Web Of Science. TI= <i>salutogenesis</i> .	89
Figura 3.2: Histórico de publicaciones sobre "salutogénesis" en la Web of Science.	90
Figura 3.3: Clasificación dicotómica salud-enfermedad.	102
Figura 3.4: Definición por facetas del " <i>health ease/dis - ease continuum</i> ".	108
Figura 3.5: Modelo salutogénico de Aaron Antonovsky.	111
Figura 3.6: Teoría de la Salutogénesis de Aaron Antonovsky.	113
Figura 3.7: Las «seis C» en la Teoría de la Salutogénesis.	114
Figura 3.8: Definición por facetas de los Recursos Generales de Resistencia.	123
Figura 3.9: Diagrama del Modelo de Rudolf Moos. Dominios del Clima Social.	149
Figura 3.10: Modelo de Desarrollo de la Salud.	193
Figura 3.11: Modelo de Activos.	195
Figura 4.1: Resultado de búsqueda en la Web Of Science. TI=" <i>health assets</i> ".	209
Figura 4.2: Histórico de publicaciones sobre " <i>health assets</i> " en Scopus.	211



Figura 4.3: Activos externos e internos para adolescentes.	240
Figura 5.1: Histórico de publicaciones de la búsqueda sistematizada en la Web Of Science.	265
Figura 5.2: Diagrama de flujo de la revisión sistematizada.	266
Figura 5.3: Dimensiones y concurrencias identificadas en la meta-síntesis.	280
Figura 5.4: Concurrencias de la dimensión “Seguridad”.	281
Figura 5.5: Concurrencias de la dimensión “Intersectorialidad”.	282
Figura 5.6: Concurrencias de la dimensión “Sostenibilidad”.	284
Figura 5.7: Concurrencias de la dimensión “Caminabilidad”.	285
Figura 5.8: Concurrencias de la dimensión “Funcionalidad”.	286
Figura 5.9: Esquema de constructo e interrelación multidimensional de un activo para la salud.	614
Figura 5.10: <i>What makes a great place?</i> Atributos clave, intangibles y mediciones.	300
Figura 5.11: Clasificación de los atributos del parque.	302
Figura 5.12: Jerarquía de las necesidades para caminar.	305
Figura 5.13: Marco conceptual sobre diseño urbano y caminabilidad.	306
Figura 5.14: Pirámide de las necesidades de Abraham Maslow.	316
Figura 5.15: Esquema de la Teoría de la Acción Razonada (TRA).	321
Figura 5.16: Esquema de la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB).	324
Figura 5.17: Modelo de la TPB adaptado al uso del parque como recurso.	328

Figura 5.18: Ejemplo en valores de factor de equivalencia de intersecciones.	350
Figura 5.19: Dimensiones del diseño.	393
Figura 5.20: Grado de conformidad en la relevancia de las dimensiones como cualidades definitorias de un activo para la salud.	465
Figura 5.21: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Utilidad”.	471
Figura 5.22: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Intención”.	477
Figura 5.23: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Uso anterior”.	478
Figura 5.24: Relevancia del ítem 1 “Asequibilidad”.	479
Figura 5.25: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Proximidad”.	481
Figura 5.26: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Inteligibilidad”.	484
Figura 5.27: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Identidad”.	486
Figura 5.28: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Diseño”.	489
Figura 5.29: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Seguridad”.	490
Figura 5.30: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Seguridad”.	491
Figura 5.31: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Diversidad”.	493
Figura 5.32: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Público”.	495

Figura 5.33: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Sostenibilidad”.	497
Figura 5.34: Ejemplo de «Diagrama de araña».	503
Figura 5.35: Boceto de aplicación móvil para la valoración de activos y mapeo.	505
Figura 6.1: Definición de “activos para la salud” por el método de facetas de Guttman.	525



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 2.1.: Plantilla de una estrategia de búsqueda.	58
Tabla 2.2: Panel de expertos: perfiles.	71
Tabla 3.1: Documentos de revisión conceptual “ <i>salutog*/enesis</i> ”.	91
Tabla 3.2: Cuestiones formuladas por Aaron Antonovsky en su Teoría de la Salutogénesis.	99
Tabla 3.3: Interrelaciones dinámicas de los componentes del SOC.	136
Tabla 3.4: Dimensiones del SOC en modelos comparables.	147
Tabla 4.1: Documentos de revisión conceptual “ <i>assets</i> ” en el ámbito de la salud.	212
Tabla 4.2: Activos para el Desarrollo según el Search Institute.	237
Tabla 5.1: Estrategia de búsqueda en la revisión sistematizada, 2018 y revisada en 2020.	262
Tabla 5.2: Resultados de la búsqueda sistematizada en la Web of Science agrupados por áreas de investigación.	264
Tabla 5.3: Documentos incluidos en la revisión sistematizada. Meta-síntesis.	268
Tabla 5.4: Dimensiones y concurrencias identificadas en la meta-síntesis.	277
Tabla 5.5: Constructo conceptual e ítems sobre la valoración de activos para la salud.	587
Tabla 5.6: Escala de valoración y priorización de activos para la salud – Inicial.	606
Tabla 5.7: Distribución equilibrada de equipamientos y servicios básicos.	344
Tabla 5.8: Algunos ítems de la herramienta de desarrollo DQI.	391



Tabla 5.9: Grado de conformidad en la relevancia de las dimensiones por análisis de ítems agregados.	466
Tabla 5.10: Estadística descriptiva sobre la relevancia de los ítems.	469
Tabla 5.11: Escala de valoración y priorización de activos para la salud – Modificada.	615
Tabla 5.12: Modificaciones en el número de ítems, antes y después del panel Delfos.	470
Tabla 5.13: Necesidades humanas básicas según Abraham Maslow, Manfred Max-Neef y Marjory Gordon, y aportación del modelo.	473
Tabla 5.14: Ítems dimensión “Diseño” antes y después del panel de expertos.	488
Tabla 5.15: Puntuaciones mínima y máxima para cada dimensión.	500

## **RESUMEN**



«El arte de la simplicidad es un rompecabezas de la  
complejidad»

*Douglas Horton*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Introducción y marco conceptual:** El sistema biomédico-paternalista de orientación patogénica, pone su mirada en la atención de la enfermedad, sus causas y factores de riesgo, y relega al individuo a un rol pasivo de paciente, con sus necesidades y problemas, sano o enfermo. En su teoría de la salutogénesis, Antonovsky propone un cambio de enfoque al entender la salud en un *continuum* de facilidad/no-facilidad en el que el individuo debe hacer uso de sus “recursos de resistencia” para mantenerla o mejorarla. Bajo el concepto de “health assets” otros autores animan a trabajar con la comunidad, movilizando la red de vínculos y centrando la mirada en las fortalezas, capacidades y recursos del territorio.

**Objetivos:** Nos planteamos profundizar en la epistemología del enfoque de la salutogénesis y activos de la salud con el propósito de conocer las dimensiones que caracterizan un activo para la salud y, de esta manera, poder diseñar una herramienta que facilite la valoración y ponderación de los activos identificados.

**Metodología:** Estudio descriptivo que reúne una extensa revisión panorámica de los conceptos “salutogénesis” y “activos” además de una revisión sistematizada y meta-síntesis de 14 estudios sobre experiencias de mapeo. Un panel de 13 expertos discute y valida las dimensiones e ítems que conforman la herramienta.

**Resultados:** El resultado es una herramienta de valoración de 103 ítems distribuidos en 14 dimensiones, discutida y validada por medio de un panel Delfos.

**Conclusiones:** Es necesario seguir avanzando en la disquisición conceptual y metodológica que concierne al amplio paradigma salutogénico. El modelo presentado permite avanzar en este sentido.

**Palabras Clave:** salutogénesis; activos para la salud; salud comunitaria; mapeo de activos; Sentido de Coherencia



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **CONFLICTO DE INTERESES**



El investigador y directores de esta tesis declaramos no haber recibido compensación económica, material ni de ningún otro tipo de ninguna industria ni organismo, público o privado.

Declaramos que los resultados de este documento no están mediados por ningún otro interés que no sea la búsqueda de la verdad.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



## **PRESENTACIÓN**

Universitat d'Alacant  
«Debemos encontrar tiempo para detenernos y  
agradecer a las personas que hacen la diferencia en  
nuestras vidas»

*John F. Kennedy*





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

“*Para ser hay que decirse*”. Con esta frase comenzó su asignatura el profesor y amigo Jorge Mínguez, que siempre repetía y ha acabado marcando mi forma de entender la vida profesional e incluso la personal. Jorge continuaba diciendo “*un artículo a la semana, un libro al mes y un congreso al año...*”, una propuesta que, probablemente, sea uno de los motivos por los que ahora mismo me encuentro escribiendo estas palabras. También es posible que haya tenido algo de culpa el doctor Sáinz, tanto mi yo en búsqueda de la autorrealización, como mi padre, especialmente mi padre.

Como indica Abraham Maslow, la necesidad humana fundamental de autorrealización, que se puede manifestar de diferentes maneras como la presente, es demandada cuando otras, fisiológicas, de seguridad, de afecto o estima, se entienden satisfechas. Sirva entonces de agradecimiento, en primer lugar, a mi familia, por el cobijo y las oportunidades que me han ofrecido, el cariño y los valores que me han transmitido. Aunque, tampoco podría «decirme» ni «ser», si no reconociera y agradeciera todo el apoyo y afecto que he sentido de compañeros y amigos. Que todo esto se dé en mi vida, permite que *hoy pueda estar realizando este trabajo*, y por ello a todos se lo dedico.

Dicen que nuestra propia naturaleza hace que vivamos, nos relacionemos, e incluso investiguemos, de acuerdo con lo que nos resulta más próximo en función de las experiencias vividas por decisiones tomadas o situaciones sujetas al azar. Una elección, un hecho conmovedor, el resultado de un examen, un profesor o un compañero, un viaje o un congreso, una conversación a tiempo, un gesto... Todas mis vivencias también justifican *que hoy pueda estar realizando este trabajo*,

y, como se demanda en los trabajos cualitativos, no quisiera continuar sin antes reflexionarlas y exponerlas brevemente.

Un primer antecedente, hasta donde me alcanza la memoria, podría ser mi decisión personal de estudiar una carrera que tuviera que ver con la salud de las personas. Incluso podría remontarme a cuando en el bachillerato acabó por gustarme más la biología que las matemáticas, o incluso más que el dibujo técnico, que me preparaba mejor para mi deseo inicial de trabajar como arquitecto. También aquí se puede encontrar una pequeña razón de que *hoy pueda estar realizando este trabajo*.

A partir de mi orientación final, cuando consideramos las carreras de ciencias de la salud, generalmente pensamos en la carrera de medicina. Esto puede ser debido a la inercia cultural, a la búsqueda de reconocimiento social, a las expectativas a futuro, también familiares, o bien a la visión biomédica o medicalocentrista que inunda nuestro sistema. Una décima, o centésima, fue la responsable de que considerara otras opciones como la carrera de enfermería. Una décima pudo ser la razón que me hiciera descubrir la parte más humana de las ciencias de la salud, los cuidados enfermeros.

También un profesor, una asignatura, incluso un libro, “La medicina bajo sospecha: Siete ejercicios especulativos”<sup>1</sup>, han podido motivar que, todos estos años de formación desde mis primeras prácticas de enfermería y mi inicial experiencia profesional, los haya

---

<sup>1</sup> “La medicina bajo sospecha: Siete ejercicios especulativos”. Es un libro publicado en 2002 por el antropólogo y doctor D. Alberto Gálvez Toro, en el que se reflexiona entorno a tres preguntas: ¿Es la Medicina la Ciencia de la Salud?, ¿es la Medicina un peligro para la salud?, ¿hay otras alternativas?

vivido bajo una visión crítica, y a la vez constructiva, en la búsqueda de otras alternativas, sin conocer todavía ni la teoría salutogénica, ni autores como Antonovsky o Kretzmann y Mcknight. Todo ello, también justifica que *hoy pueda estar realizando este trabajo*.

Mi primer congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria fue la primera oportunidad en la que pude descubrir el vasto campo de investigación y trabajo enfermero, más allá de la formación hasta ese momento recibida. Descubrí cómo diversos profesionales de distinta procedencia estaban interesados en discutir sobre diferentes aspectos que atañen a la profesión enfermera, desde puntos de vista o formas de ver los cuidados enfermeros hasta ese momento para mí desconocidos. Es probable que a partir de aquí, si no antes, tuviera claro que mi sitio estaba allí donde los cuidados permitieran ayudar a las familias y la comunidad a mejorar su salud y bienestar. El campo de la profesión enfermera que trabaja en el territorio y con la comunidad, entendiendo a ésta como un todo, reconociendo las particularidades de cada individuo, su cultura y costumbres, sus necesidades, y sus recursos y fortalezas. Y el máster de investigación en ciencias de la enfermería me permitió empezar a reflexionar y trabajar en esta dirección, motivo por el que *hoy pueda estar realizando este trabajo*.

Fue entonces cuando, en mi interés por la política como instrumento de gestión de los asuntos que afectan a la sociedad y como vehículo de la participación ciudadana en ese proceso, quise estudiar los organismos públicos que permiten la toma de decisiones compartidas en cuestiones que afectaran a la salud de la comunidad. Así pude conocer el marco institucional que regula la Salud Pública y la participación comunitaria, y tomar conciencia de la insatisfactoria contribución de los

Consejos de Salud en parte debido a una ausencia metodológica clara y a una orientación inapropiada hacia la tecnificación de la atención de la enfermedad y los déficits de la población. Y sin embargo, la participación comunitaria es importante, y esto también explica que *hoy pueda estar realizando este trabajo*.

Ello también me dio la oportunidad de conocer al profesor Martínez Riera quien, además, atendió también mi deseo de acompañarme en mi trabajo doctoral. Un trabajo que se inició sin rumbo definido pero que, gracias a la participación en actividades y jornadas compartidas con activistas para la salud comunitaria y compañeras enfermeras comunitarias, fue afianzando mi interés por esta mirada positiva hacia la salud. A veces, un contacto con personas afines, una reunión (tras otra), o la participación en iniciativas y encuentros que surgen de lo anterior, marcan un antes y un después. Bien recuerdo esa mañana lluviosa en la que escuché por primera vez la palabra «activos» y pude leer el nombre de Aaron Antonovsky. Fue entonces cuando me aventuré a conocer su obra, empezando por los libros *Health, Stress, and Coping*, y *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*, para continuar con... hasta el día de *hoy que estoy terminando este trabajo*. Gracias José Ramón.



## **CAPÍTULO 1 JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**«Establecer metas es el primer paso para volver lo invisible en visible»**

*Anthony Robbins*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

A lo largo de la historia, la salud pública y las ciencias biomédicas han resultado de gran utilidad evitando (previniendo) o neutralizando (curando) los parásitos causantes de múltiples patologías. Sin embargo, como refiere Antonovsky (1979), no siempre y no todos estos “parásitos” pueden ser eliminados, y el *single-bullet* propio del enfoque biomédico ya no resulta una herramienta útil. Los cambios sociodemográficos, de estilos de vida, la intensificación de las desigualdades sociales para la salud y, especialmente, el incremento de personas con patologías crónicas, obligan a revisar el actual sistema sanitario hacia nuevos horizontes; se precisa una reorientación del vigente paradigma teórico-conceptual para que incorpore una mayor amplitud, ponga la mirada en lo que produce salud, e intervenga de forma intersectorial, con un modelo sanitario abierto a la comunidad, centrado en la persona y su familia, sus necesidades y sus preferencias, y orientado hacia su bienestar multifactorial en el que la equidad, la accesibilidad y la perspectiva de género, articulen toda acción.

En nuestro sistema sanitario tradicionalmente biomédico-paternalista, el núcleo central de atención es la enfermedad, sus causas y factores de riesgo, de acuerdo con la orientación patogénica sobre la que se cimienta (Antonovsky, 1979). En su entendimiento de la salud y la enfermedad, el actual sistema deja de lado al individuo relegándolo a un rol pasivo de paciente, con sus necesidades y problemas, y dependiente del sistema para encontrarles solución. Sin embargo, se ha constatado que muchas de estas necesidades y problemas no son únicamente individuales sino generales de la comunidad y vienen dados por la influencia de los determinantes sociales de la salud (Martínez *et al.*, 2015).



Estas características responden al nuevo, aunque no tan reciente, paradigma de la salud positiva que pone énfasis en la «abogacía por la salud» y se centra en las personas, las familias y las comunidades, y más concretamente en sus habilidades, conocimientos, conexiones y recursos que les pueden facilitar la identificación de sus necesidades y activos, aumentando el control sobre su salud y propiciando la creación de entornos más saludables (OMS, 1998; Hernán, Morgan y Mena, 2010). Entender la salud desde el paradigma positivo, que no positivista, significa dirigir las acciones socio-sanitarias y comunitarias a la creación de salud o bienestar para mantenerla o mejorarla (Morgan y Ziglio, 2007). Implica caminar en todas las políticas dirigiéndolas hacia lo que da salud y mejora la convivencia en una comunidad, conscientes de su contexto y comprendiendo su valor, en lugar de mirar exclusivamente a los problemas y necesidades del territorio, y a las enfermedades en el ámbito sanitario. Como veremos, estas dos perspectivas no son mutuamente excluyentes sino que, al contrario, se pueden combinar y son perfectamente compatibles. (Cabeza *et al.*, 2010)

Trabajar en esta línea es un reto actual y de futuro para la salud pública y comunitaria, y para conseguirlo se requieren cambios de base de tipo conceptual y metodológico.

Para empezar, hay que asumir que la salud, o la enfermedad, son conceptos heterogéneos según la distinta interpretación que de los hechos biológicos hace cada comunidad o cultura, transformándolos en signos sociales y relacionándolos simbólicamente con otras dimensiones de la vida social. El carácter social de los conceptos de salud y enfermedad en el enfoque biomédico-paternalista se traduce en una

sumisión de la persona a un proceso que la define a partir de conceptos culturalmente predefinidos y moldeados en base a las experiencias individuales. Así, el ser humano pierde capacidad de decisión y la delega a profesionales que asumen el control del individuo dentro de un modelo biomédico y tecnológico, limitado a la atención episódica y acultural de la patología, que se ha convertido en hegemónico (Mínguez, 2013). Para Antonovsky no es posible hablar en términos absolutos de un estado de salud o enfermedad, y por consiguiente considera errónea la visión exclusiva a tales extremos y la clasificación social a través de dicho dualismo. En lo que Lindström, Erikson y Wikström llaman la metáfora del «río de la vida», Antonovsky posicionaría a todos los individuos en una misma línea representativa del *continuum* salud-enfermedad como proceso dinámico y de autorregulación activa (Antonovsky, 1993, 1996; Eriksson y Lindström, 2008; Hernán, Morgan y Mena, 2010).

La salud positiva se entiende mejor explicando la teoría de la salutogénesis de Aaron Antonovsky (1979) que representa el inicio de un amplio marco de modelos y teorías (paraguas salutogénico) que exploran la salud en términos positivos “desplazando el foco desde la enfermedad al bienestar, y desde la restitución de la salud a su promoción” (Pasarín y Díez, 2013, p.477). La salutogénesis de Antonovsky (1993), como propiamente indica, se centra en el origen de la salud preguntándose qué es lo que crea salud en las personas y comunidades, y qué es lo que les ayuda a avanzar hacia el extremo de la salud y calidad de vida en el *continuum* salud-enfermedad. (Fernández, 2009)

Antonovsky plantea su teoría como alternativa a lo que él entiende como enfoque de déficits. Este enfoque, también se define como modelo biomédico o patogénico al inspirarse en la dicotomía salud-enfermedad que entiende al ser humano como una máquina biológica (cuerpo) naturalmente sana-perfecta y a la enfermedad como un fallo de alguno de sus elementos físicos. La salud, es entendida como un estado caracterizado por la normalidad y naturalidad definido por parámetros físicos y bioquímicos, que puede verse alterada por la desviación de estos valores y desencadenando enfermedades. Las enfermedades son entendidas desde este enfoque como “las anormalidades de la estructura y función de los órganos y sistemas del cuerpo” según recoge Aviñó (2017) citando a Eisenberg (1977). Además añade que son vistas como “entidades independientes con propiedades específicas asumidas como universales: su etiología, signos y síntomas, tratamiento y pronóstico son considerados similares en cualquier individuo, grupo o cultura” (Aviñó, 2017, p.83). Por ende, el modelo biomédico centra su atención en la patología -en los parámetros bioquímicos que la definen-, y el trabajo médico atiende a su diagnóstico y tratamiento (Antonovsky, 1996; Lindström y Eriksson, 2011), ordenando al “paciente” una pauta (el *single-bullet*) para prevenirla o curarla. Tal atención prestada está muy lejos de ser continua e integral de acuerdo con las necesidades de salud de la comunidad (Gonçalves, López y Gil, 2014; Mínguez, 2013).

La salud comunitaria, por su parte, se define como “la expresión colectiva de la salud individual y de grupos en una comunidad definida, y que viene determinada por la interacción entre las características de las personas, familias, medio social, cultural y ambiental, así como por los

propios servicios de salud y la influencia de distintos factores sociales, políticos y globales” (Hernán *et al.*, 2015, p.5).

En este mismo sentido, las acciones en salud comunitaria tienen que adoptar la perspectiva de salud positiva y reconocer que ella depende de múltiples factores, los determinantes de salud, repartidos desigualmente y expresados de forma variable según tiempo y contexto, algunos de los cuales están muy cerca y otros muy alejados del control individual (Pasarín y Díez, 2013). Por otra parte, el impacto de las intervenciones en los diferentes niveles de determinantes de la salud es variable. Así, las políticas (macroeconómicas, de empleo, de derechos, etc.) influyen en mayor medida y sobre más cantidad de personas que las intervenciones grupales o individualizadas, pero es indudable, que muchas de estas acciones se escapan del control por parte de una comunidad. Sin embargo, en paralelo a las grandes políticas que modulan lentamente el mundo, podemos y debemos intervenir en los niveles intermedios. Y es ahí donde opera la salud comunitaria, entendida como la acción en y desde la comunidad, que puede influir positivamente en la salud (Montaner, Foz y Pasarín, 2012). Es evidente que esto no puede hacerse desde un centro de salud ni por los profesionales sanitarios; la participación comunitaria y la intersectorialidad (incorporación de sectores no sanitarios) son cuestiones fundamentales, además de valores como el compromiso, el respeto, la confianza y el liderazgo compartido (Martínez-Riera y Sanjuán, 2018; Pasarín y Díez, 2013).

La participación comunitaria en salud, además de tratarse en nuestro país de un derecho democrático, resulta una orientación clave en numerosos informes internacionales como, por ejemplo, la

Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria o la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. La participación comunitaria, entendida por muchos estudios como recurso nexa con la Promoción de la Salud, no debe ser entendida como la mera consulta hecha por parte de técnicos o políticos a la comunidad (“participación de fachada” según Arnstein, 1969), sino que debe apuntar a la implicación de los ciudadanos en la toma de decisiones (“verdadera participación”), así como la cooperación entre individuos, organizaciones y profesionales de salud para la organización de los servicios sanitarios y la intervención en una adecuada defensa de la salud. (Fernández-Lamelas y Vega-Monteagudo, 2010; Martínez-Riera, 2006; Segura, 2010)

Todo esto lleva a la necesidad de apoyar el desarrollo de comunidades fuertes y cohesionadas para mirar conjuntamente, profesionales y ciudadanía, hacia el extremo de máxima salud del *continuum* salud-enfermedad, y combatir las desigualdades en salud.

Existe evidencia que demuestra que las comunidades más cohesionadas y caracterizadas por fuertes vínculos sociales, tienen más probabilidades de mantener la salud incluso en un contexto de desventajas. En este sentido, el mapeo de activos desarrollado por Kretzmann y McKnight, es un paso clave en el proceso de implementación de políticas bien intencionadas dirigidas a combatir las desigualdades, además de promover beneficios en la salud de la comunidad en un territorio concreto (Botello *et al.*, 2013; Kretzmann y McKnight, 1996). Por ejemplo, a nivel asistencial, sobre la práctica de los profesionales sanitarios, existe evidencia científica de los beneficios que supone la «recomendación de activos» frente a problemas de salud mental frecuentes, como episodios depresivos y ansiedad, o en el

abordaje del aislamiento social y la soledad, factor de riesgo comparable al tabaquismo u obesidad (López, Suárez y Cofiño, 2018). Según datos recogidos del Observatorio de Salud de Asturias y de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, aproximadamente el 30% de las consultas en Atención Primaria a nivel nacional se deben a problemas de salud mental (López *et al.*, 2018; MSSSI, 2011). La recomendación de activos en la práctica ahorraría tiempo a los/las profesionales además de suponer un ahorro de costes. (López *et al.*, 2018)

“Toda persona tiene algún don, valor o habilidad respecto a los demás. Una comunidad fuerte es un lugar que reconoce esos valores y que son expresados” (Kretzmann y McKnight, 1993, p.27).

En definitiva, estamos continuamente hablando sobre un mismo paradigma con diversos enfoques que buscan responder a la pregunta ¿qué nos hace vivir mejor?

Es conocida la amplia evidencia que hay sobre la salutogénesis, el Sentido de Coherencia (SOC), y el modelo de activos, que demuestra el potencial que tienen en la formulación de políticas saludables. Actualmente, el desafío más importante es construir una política pública salutogénica en todos sus niveles sociales y en todas sus acciones políticas. Pero para conseguirlo de una manera eficaz es necesario partir de una fundamentación teórica y metodológica, precisa y rigurosa. (Greetham, Chaekin, Laird y Butterell, 2012; Morgan, Davies y Ziglio, 2010)

Tal como apuntan Hernán *et al.* (2010), es sabido de la filosofía, de la psicología, y de la lingüística que el lenguaje y los términos que

utilizamos afectan a nuestro pensamiento y cognición. La ambigüedad conceptual a la hora de definir y delimitar lo que interpretamos como activos de salud, y de la misma forma otros conceptos como salud-bienestar, son muestra evidente de que el lenguaje en sí mismo constituye una importante barrera para el desarrollo de acciones rigurosas (Hernán *et al.*, 2010). La teoría del Interaccionismo Simbólico, por ejemplo, postula que los seres humanos actúan con las cosas según el concepto que éstas tienen para ellos (Carabaña y Lamo, 1978; Pons, 2010). A partir de esta proposición, parece razonable pensar que la calidad del proceso de identificación de activos en una comunidad está condicionada por las distintas características individuales y la interpretación que cada individuo haga de conceptos como salud-bienestar o activos de salud. Así, son muchos los estudios que con frecuencia instan a trabajar en la difusión del modelo salutogénico en salud pública y salud comunitaria, haciéndolo conjuntamente, y también a precisar los fundamentos teórico-conceptuales de dicho enfoque y del modelo de activos de salud para su puesta en práctica con una metodología científica y rigurosa, probando conceptos potenciales a través de la recopilación de la evidencia empírica y de las buenas prácticas que actualmente se están desarrollando dentro de este modelo, y evaluándolos formalmente mediante, por ejemplo, el uso de revisiones sistemáticas (Alvarez-Dardet, Morgan, Ruiz y Hernán, 2015; Häggström *et al.*, 2017, p.2; Hernán *et al.*, 2010; Morgan, 2014; Nelson, Campbell y Emanuel, 2011). Brown (2008) indica que “una buena teoría apunta a los posibles factores y relaciones en el mundo real que de otro modo permanecerían ocultos y, por lo tanto, estimulan nuevas formas de investigación empírica” (p.5).

Según se indica en el artículo de Bauer *et al.* (2020), cuando el grupo de trabajo *Global Working Group on Salutogenesis* (GWG-Sal) realizó el manual *The Handbook of Salutogenesis* (2017), identificaron cuatro temas sobre los que se debe avanzar: (a) el modelo salutogénico general; (b) el concepto de Sentido de Coherencia; (c) el diseño de intervenciones salutogénicas y (d) la aplicación de la salutogénesis más allá del sector de la salud.

Siguiendo esta línea, en el presente trabajo nos planteamos, en primer lugar, profundizar en los fundamentos teóricos del paradigma salutogénico y demarcar la metodología de mapeo de activos con la finalidad de precisar de una manera más operativa este enfoque teórico. **¿Qué entiende la literatura por activos para la salud y qué no? ¿Qué diferencia un activo para la salud de otros recursos? ¿Todos los recursos son potenciales activos para la salud?**

Parece evidente la importancia que tiene centrarse en el enfoque de salud positiva, pero no por centrarnos en las aptitudes y recursos positivos nos debemos de olvidar de los determinantes de salud y las necesidades propias del enfoque de déficits, sin caer en el victimismo que produce un enfoque excesivo en los problemas o necesidades. Hay que buscar sinergias entre el enfoque salutogénico y el enfoque de déficits. Y efectivamente, abundante literatura aboga por trabajar desde la complementariedad entre ambos enfoques (Lindström y Eriksson, 2011). Lazarus (2009) destaca el peligro de dicotomizar en extremos opuestos las “necesidades” y los “activos”, y no reconocer los vínculos dialécticos entre los dos. Los activos obtienen significado en el contexto de las necesidades, y así mismo éstas se vuelven significativas



en la búsqueda de activos (Kramer, Amos, Lazarus y Seedat, 2012; Lazarus, 2009)

En segundo lugar, otra línea de trabajo de la investigación va en la dirección de discriminar la diferente relevancia de los activos de salud que sean señalados por la comunidad, a partir de la presunción de que no todos los activos identificados pueden ser igualmente relevantes para la comunidad a la hora de propiciar acciones que mejoren su salud. Se observa en la literatura sobre experiencias de mapeo de activos, que este procedimiento conduce a una mera relación de inventario de las fortalezas, las habilidades de las personas y los recursos favorecedores para la salud que forman una comunidad antes de intervenir (Morgan y Ziglio, 2007). Para Greetham *et al.* (2012) “identificar y mapear los activos no son más que las primeras etapas de un proceso que conduce a conectar y movilizar estos activos” (p.8). El siguiente paso en el ciclo de intervención, antes de emprender acciones estratégicas, debe consistir en priorizar/ponderar los activos identificados; una fase que resulta en muchos casos confusa para la ciudadanía y enormemente variable según quien la desempeñe (Observatorio de salud en Asturias, 2012). Parece interesante desarrollar una herramienta que ayude a discernir entre la mera relación de activos obtenidos directamente del proceso de mapeo, de aquellos que resulten más valiosos o relevantes, para una puesta en marcha más eficaz de las acciones en salud comunitaria. Van Kamp *et al.* (2003) animan a desarrollar herramientas con un enfoque transdisciplinario e intersectorial de aplicabilidad a la política de la vida real y las actividades de toma de decisiones (van Kamp, Leidelmeijer, Marsman y de Hollander, 2003).

**¿Conocemos de qué activos para la salud disponemos y porqué la comunidad los identifica así? ¿Hay activos comunitarios para la salud -físicos, organizacionales, institucionales- de carácter universal?**

Además, el desarrollo de este trabajo y su potencial aplicación empírica a modo de mapeo de activos está justificado también por razones de oportunidad. En distintas Comunidades Autónomas aparecen iniciativas centradas en el enfoque salutogénico y de mapeo de activos, y parece observarse un creciente interés en esta cuestión desde distintas organizaciones e instituciones.

Con la mirada puesta en lo puramente concerniente a la actividad investigadora, la metodología de mapeo de activos permite, a diferencia de otras investigaciones biomédicas, tratar de mitigar las marcadas diferencias de poder que existen entre los investigadores y las comunidades que son objeto de estudio, permitiendo a estas últimas expresar las desigualdades estructurales y tomar medidas para abordarlas (Jakes, Hardison-Moody, Bowen y Blevins, 2015). Motivo que se suma a la justificación de llevar a cabo estudios como el que aquí presentamos.

Como **HIPÓTESIS CENTRAL** de nuestro trabajo consideramos que:

“Es posible disponer de un marco sobre activos para la salud, conceptual y metodológicamente concreto y riguroso, que facilite el proceso de identificación y ponderación de recursos como activos y proporcione una herramienta para el fácil diagnóstico y desarrollo de políticas saludables”.

Como **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** nos planteamos:

1. **Profundizar en la epistemología del enfoque de la salutogénesis y activos de salud.**
2. **Identificar las dimensiones que caracterizan un activo para la salud.**
3. **Diseñar una herramienta que facilite la valoración y ponderación de activos para la salud.**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



## **CAPÍTULO 2 METODOLOGÍA**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

«La ciencia se compone de errores, que a su vez son  
los pasos hacia la verdad»

*Jules Verne*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

En este capítulo se describe el tipo de estudio y su estructura, la metodología empleada para cada uno de los objetivos expuestos, la recolección de los datos y la forma como se han analizado.

## 2.1. ESTRUCTURA DEL ESTUDIO

La tesis presentada es un trabajo de carácter exploratorio con diseño mixto según objetivos específicos.

Con respecto al primer objetivo: **“profundizar en la epistemología del enfoque de la salutogénesis y activos de salud”**; se realizó una revisión bibliográfica en profundidad del marco teórico del enfoque salutogénico y del enfoque de Desarrollo Comunitario. Esta primera revisión bibliográfica, además de servirnos para analizar descriptivamente y en profundidad el campo epistemológico de la salutogénesis y de los activos de salud, fue determinante para corroborar la importancia de avanzar en la definición de los activos y su medición, con independencia del proceso de identificación y mapeo.

Esta revisión, que se centró inicialmente en las bases de la salutogénesis, desde la obra original de Aaron Antonovsky (1979) hasta las revisiones críticas de Monica Eriksson y Bengt Lindström entre otros referentes, permitió también emprender los caminos correctos para conseguir el segundo objetivo: **“identificar las dimensiones que caracterizan un activo para la salud”**. El *mapping review* sobre el concepto de activos de salud, ha permitido (a) precisar la definición operativa de los «activos para la salud», y (b) establecer los aspectos

distintivos entre activos para la salud y recursos (activos potenciales, o no diferenciados como tales por la comunidad).

Con el objeto de inducir las dimensiones que «universalmente» son valoradas por los observantes en los procesos de mapeo de activos comunitarios para la salud, inicialmente se realizó una revisión sistematizada con meta-síntesis de artículos y literatura gris que recogiesen investigaciones o experiencias de este tipo y que describiesen el proceso de trabajo y los resultados obtenidos (a modo de inventario de recursos saludables/activos), o lo que es lo mismo, estudios que dieran respuesta a las preguntas ¿Qué? ¿Cómo? y ¿Por qué? se han seleccionado determinados activos para la salud.

Concretadas tales dimensiones, durante un largo periodo de búsqueda y lectura de trabajos en diferentes campos de estudio, se especificaron los constructos y criterios que las definían y permitían analizarlas y, de esta manera, **“diseñar una herramienta que facilite la valoración y ponderación de activos para la salud”**.

El modelo teórico y la herramienta propuesta fueron expuestos a un panel de expertos bajo metodología Delfos, con la cual se analizaron y debatieron planteamientos coyunturales o cruciales, y se modificaron aquellas consideraciones consensuadas. Este paso permitió confirmar la relevancia de la propuesta y consolidar la herramienta que en futuros trabajos deberá implementarse de forma empírica.

## **2.2. REVISIONES CONCEPTUALES Y PROFUNDIZACIÓN EPISTEMOLÓGICA**

Con el progreso del conocimiento y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), el acceso a la producción científica es más fácil que nunca, pero esta sobredosis de información que se entiende como «infoxicación» obliga a que, cuando se desea tener conocimiento profundo y con rigor científico del saber acumulado, resulte necesario emplear métodos que, en primer lugar, ayuden a conocer y discernir la información relevante de la que no lo es, y posteriormente, evaluar, juzgar y sintetizar toda la documentación (Guirao-Goris, 2015).

Sea como fuere la finalidad de la investigación, un primer paso necesario es realizar una revisión bibliográfica con el objeto de permitirnos identificar qué se sabe y qué se desconoce del tema de interés. La revisión bibliográfica es considerada por Icart Isert y Canela Soler (1994, como se citó en Guirao-Goris, 2015) como un estudio detallado, selectivo y crítico que integra la información esencial en una perspectiva unitaria y de conjunto.

La tesis aquí desarrollada es, en parte, consecuencia de un trabajo realizado con anterioridad sobre los Consejos de Salud (Sáinz-Ruiz, Mínguez-Arias y Martínez-Riera, 2019), organismos de participación comunitaria para la salud, fruto del cual surgió la inquietud por desarrollar una herramienta que permitiera de forma eficaz y fidedigna la identificación de los recursos potencialmente más valiosos para la salud de la comunidad.



En este punto, se decidió desarrollar una revisión bibliográfica descriptiva y exhaustiva<sup>2</sup> acerca del enfoque salutogénico y el concepto de “activos de salud” o “*health assets*”. El propósito de esta primera toma de contacto fue identificar, analizar e interpretar el cuerpo de conocimientos sobre este tema específico.

Esta primera parte de la tesis, por lo tanto, corresponde a la ejecución de una revisión panorámica o «revisión de alcance» sobre tales enfoques (Guirao-Goris, 2015). Este tipo de revisión, también conocida como «*scoping review*», es un método de síntesis de la evidencia existente cuya finalidad es interpretar y describir a modo de estampa aquello que se conoce sobre un área de investigación en concreto, identificando los conceptos clave sobre los que se sustenta, así como las principales fuentes y tipos de evidencias disponibles, y con mayor interés cuando no ha sido revisada exhaustivamente antes (Guirao-Goris, 2015; Grant y Brooth, 2009).

La revisión panorámica está pobremente definida en cuanto a su proceso de revisión y el rigor metodológico, fundamentalmente debido a la amplia variedad de estudios que se suelen incluir, razón que caracteriza este tipo de método (Guirao-Goris, 2015; Grant y Brooth, 2009). En cualquier caso, este proceso se llevó a cabo de la manera más clara, sistemática y replicable posible, organizándolo en base a las dos

---

<sup>2</sup> Según Guirao-Goris (2015), las revisiones bibliográficas se clasifican en: *descriptivas/narrativas*, cuando el propósito del autor es proporcionar al lector una puesta al día sobre determinados conceptos en áreas en constante evolución; *exhaustivas*, cuando son trabajos bibliográficos muy detallados o especializados; *evaluativas*, cuando el propósito del estudio es responder a una pregunta específica muy concreta sobre aspectos etiológicos, diagnósticos, clínicos o terapéuticos.

áreas conceptuales de investigación y por medio de diversas estrategias de búsqueda, que quedan definidas en los Capítulos 3 y 4.

En general, la búsqueda se llevó a cabo en bases de datos principalmente multidisciplinares como la *Web of Science*, *Scopus*, *Medline*, *EBSCOhost* (incluye *PsycINFO* y *CINAHL* entre otras), *Cochrane Public Health* y *SciELO*. Así mismo se emplearon otros buscadores de literatura gris como *Springer Link*<sup>3</sup> y TESEO o DART para tesis doctorales. También se realizaron búsquedas complementarias en diversas webs específicas al área de investigación, como por ejemplo el *Center on Salutogenesis*.

La **primera búsqueda conceptual** se centró en el término de la “salutogénesis”. El objeto de esta fue profundizar en la Teoría de la Salutogénesis de Aaron Antonovsky y explorar los modelos que se engloban en el llamado «paraguas salutogénico». A su vez, se examinaron otros modelos teóricos en campos de investigación diferentes al de la salud (economía, psicología ambiental...) con el propósito de explorar similitudes y divergencias.

De forma detallada se pueden ver los resultados en la primera parte del “Capítulo 3. Salutogénesis. Marco conceptual y antecedentes”.

La **segunda estrategia de búsqueda** se ha centrado en el concepto de activos que, en la literatura sobre salud, tiene diversas variantes: “*health assets*”, “*health resources*”, “activos de salud”,

---

<sup>3</sup> *Springer Link* es la principal fuente de datos electrónicos de la editorial Springer, donde se recogen fundamentalmente libros, monografías o publicaciones científicas de revisión por pares sobre biomedicina, ciencias de la vida, medicina clínica, física, ingeniería, matemáticas, ciencias de la computación, humanidades y economía.

“activos para la salud”, “recursos de salud”, “activos comunitarios”... Las estrategias de búsqueda por lo tanto han sido del tipo: *TITLE (“health assets”)*; *TITLE (health asset\*)*; *TITLE (asset\* based)*...

En este sentido, la única revisión de literatura conocida hasta la fecha<sup>4</sup> sobre el concepto de “activos de salud” era el análisis conceptual que Rotegard, Moore, Fagermoen y Ruland (2010) realizaron de estudios publicados hasta 2007. Como se puede apreciar en los resultados (detallados en el Capítulo 4), la gran cantidad de investigación y experiencias desarrolladas en esta última década, ha justificado la pertinencia de realizar una nueva revisión.

De manera más reciente se ha localizado, por medio de la *RSS Feed* de las estrategias de búsqueda, una revisión sistemática realizada por Van Bortel, Wickramasinghe, Morgan y Martin (2019) en la que recogen un total de 478 publicaciones hasta julio de 2018. Este estudio corrobora algunas de las conclusiones de nuestro trabajo que se discuten en el Capítulo 6.

---

<sup>4</sup> La revisión panorámica-conceptual realizada sobre el enfoque de activos se llevó a cabo a lo largo del año 2017.

### **2.3. REVISIÓN SISTEMATIZADA. DIMENSIONES O CUALIDADES DEFINITORIAS DE UN ACTIVO PARA LA SALUD**

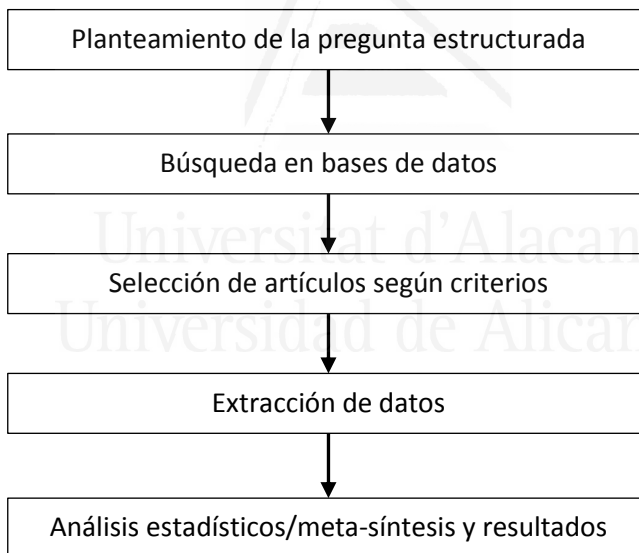
De forma complementaria a las revisiones panorámicas realizadas previamente, se llevó a cabo una revisión sistematizada en distintas bases de datos sobre la temática de “mapeo de activos”, con la finalidad de recoger el mayor número de experiencias sobre proyectos realizados bajo el enfoque salutogénico.

Las revisiones sistematizadas son resúmenes claros y estructurados de la información disponible en respuesta a una pregunta específica (figura 2.1). Las más conocidas, las revisiones sistemáticas, representan el más alto nivel jerárquico de la evidencia científica, al tratarse de compendios de artículos sobre una temática muy concreta (habitualmente diseños clínicos sobre la efectividad de un tratamiento, o pronóstico, etc.), y que han sido testeados en su calidad metodológica o científica (Moreno, Muñoz, Cuellar, Domancic y Villanueva, 2018). Estas revisiones se diferencian de otros tipos por seguir un procedimiento delineado y estandarizado que procura ser explícito y replicable (Sandelowski y Barroso, 2007).

Hablamos de revisión sistematizada y no sistemática porque, como sugieren Grant y Brooth (2009), una revisión “sistematizada” incluye varios elementos del proceso de revisión sistemática aunque sin llegar a cumplir todos los requisitos, por ejemplo, debido a la imposibilidad de realizar la revisión por pares (que evalúen independientemente los documentos sometidos a análisis).

Las revisiones sistemáticas, y su procedimiento metodológico, se suelen distinguir conforme a la tipología de los estudios primarios que prevean examinar (cuantitativos, cualitativos o mixtos). A este respecto, se formulan las preguntas de investigación de un modo u otro, y los métodos para integrar los hallazgos también difieren: el meta-análisis en la síntesis de investigación cuantitativa, y la meta-síntesis, meta-sumario o meta-etnografía modificada, en el caso de investigación cualitativa. (Sandelowski y Barroso, 2007)

**Figura 2.1: Proceso de elaboración de una revisión sistematizada.**



Fuente: adaptado de "Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas" (p.185) por B.Moreno *et al.*, 2018, *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 11(3)

Toda búsqueda de información parte de una incógnita dentro de nuestro “conocimiento” que determinará la pregunta e hipótesis de investigación. Como suele referirse por parte de las/os expertas/os, «rara vez se formulará una pregunta que no se la hayan preguntado antes, aunque esto no quita que sea realmente interesante y deba ser formulada adecuadamente de nuevo». Aquí se resumen las dos premisas que según Martínez, Ortega y Muñoz (2016) deben respaldar a toda pregunta de investigación: interés y precisión.

Para que la pregunta permita realizar una búsqueda precisa y exhaustiva se han estandarizado estructuras de formulación. La más comúnmente conocida, y habitualmente conocida en las revisiones sistemáticas, es el enfoque PICO<sup>5</sup>. (Moreno *et al.*, 2018; Martínez *et al.*, 2016; Higgins y Green, 2011)

Aunque el esquema PICO es el más utilizado, prueba de la supremacía de la investigación biomédica y cuantitativa, su diseño no se adecúa a toda la gama de preguntas que surgen en el contexto de las ciencias de la salud, y mucho menos aquellas que requieren búsqueda de evidencia cualitativa (Martínez *et al.*, 2016). Cubriendo este vacío, se han planteado algunos modelos como el SPICE, ideado por Booth (2004, como se citó en Martínez *et al.*, 2016) y adoptado por el instituto de

---

<sup>5</sup> Estructura de formulación PICO: Los conceptos que deben especificarse en dicha pregunta son los siguientes: la **P**-oblación (o grupo de participantes de la población según factores como la edad, sexo, presencia de una condición de interés, etc.), el tipo o tipos de **I**-ntervenciones que se desea estudiar y las **C**-omparaciones (intervención o ausencia de la misma con la que se comparará), y los tipos de desenlaces (**O**-utcomes) que son de interés. Los componentes de esta pregunta, con el filtro o la determinación del tipo de diseño de los estudios que se incluirán, forman la base de los criterios de elegibilidad preestablecidos para la revisión, también conocida como estructura PICOS. (Higgins y Green, 2011)

Joanna Briggs, y cuyo bajo acrónimo se incluyen los siguientes componentes:

- (S-etting) Escenario: el contexto o ámbito de un estudio (¿dónde?)
- (P-erspective) Perspectiva: enfoque descrito por diferentes valores y actitudes (¿para quién?)
- (I-ntervention) Intervención: Intervención, exposición o fenómeno de interés del estudio (¿qué?)
- (C-omparison) Comparación: la intervención o fenómeno comparado con otro (¿comparado con qué?)
- (E-valuation): Evaluación: la evaluación no solo de los resultados sino también del proceso.

En cualquier caso, estos componentes no tienen que aplicarse necesariamente en cada revisión, y por lo tanto deben considerarse como guía más que normativos (Martínez *et al.*, 2016). Además, para realizar una revisión sistematizada de estudios cualitativos, Bondas (2002, como se citó en Carreño y Chaparro, 2015, p.126), recomiendan no elaborar preguntas de investigación demasiado específicas, ni tampoco criterios de elegibilidad restrictivos, con el objeto de evitar excluir información importante acerca del fenómeno.

Aunque el propósito inicial era realizar una revisión sistemática con meta-análisis, supusimos que varios estudios, sino la mayoría, serían de tipo cualitativo, y por esta razón, la búsqueda bibliográfica estuvo guiada a partir de una pregunta SPICE que acogiera los conceptos de interés: *¿Cuáles son los recursos comunitarios para la salud y por qué son identificados por la población en general en los procesos de mapeo de activos realizados en su territorio?*

Nuestra pregunta de investigación no buscaba comparar fenómenos o intervenciones, sino identificar todas aquellas actuaciones «en y con la comunidad», independientemente del territorio y el contexto temporal, y de los criterios de muestreo de los participantes y del colectivo al que representasen.

En base a la estructura de la pregunta concretada, se definen los términos de búsqueda, los criterios de elegibilidad de los documentos, y posteriormente la estrategia de búsqueda que se va a llevar a cabo (bases de datos a consultar, revistas, motores de búsqueda...). Por lo tanto, el siguiente paso consistió en buscar términos apropiados en los tesauros habituales MeSH y DeCS. En este punto, se observó la inexistencia de términos MeSH y DeCS sobre salutogénesis y activos para la salud, lo que supuso una complicación añadida al realizar una búsqueda a través de una estrategia estrictamente definida.

Para la búsqueda bibliográfica se seleccionaron las siguientes palabras clave en inglés: *health asset\**, *health resourc\**, *communit\* asset\**, *community develop\**, *"mapping"*. Y sus traducciones al castellano.

Además, al observar en los primeros resultados la alta frecuencia de estudios con enfoques explícitos, decidimos complementar la búsqueda bibliográfica utilizando estrategias con los términos textuales: "Asset-Based Community Development" (ABCD) o "Community-Based Participatory Research" (CBPR).



Como criterios de elegibilidad se establecieron los siguientes:

- Acceso al texto completo.
- Trabajos escritos en inglés o castellano, o en todo caso, con posibilidad para su traducción a través de algún sistema multilingüe de traducción automática.
- Documentos sin ninguna restricción de fecha o país.
- Principios salutogénicos en su enfoque teórico-práctico:
  - Documentos que exploran los principios y enfoques del pensamiento de activos en un contexto de salud en cualquier parte del mundo.
  - Estudios orientados a la identificación de activos (personales, físicos o colectivos) que permitan a la comunidad mejorar su salud y/o bienestar, su resiliencia o desarrollo comunitario. O, en su caso, también aquellos estudios que adopten un enfoque mixto: donde además de identificar las fortalezas de la comunidad, también detecten necesidades o problemas.
  - Estudios que impulsen procesos participativos para el empoderamiento y compromiso de la comunidad, identificando metas colectivas.
- La metodología tiene un enfoque: de tipo cuantitativo (descriptivo o analítico), de tipo cualitativo (etnográfico, investigación-acción,...) o de tipo mixto. Se excluyen estudios explicativos o exploratorios: teorías, análisis de una herramienta, etc...
- En los resultados se han identificado activos comunitarios, más allá de los activos personales internos (fortalezas, dones personales, habilidades sociales, etc...), a modo de síntesis o mapeo.
- En el documento se describen las cualidades de los recursos identificados, detallando «qué» activos se han identificado,

explicando cuales son las razones o «porqué» de tal selección. De alguna manera respondiendo a la pregunta: ¿cuál es la razón por la que los participantes en cada estudio escogieron unos recursos como activos y no otros?

Según Moreno *et al.* (2018), la búsqueda se debe realizar en la mayor diversidad posible de fuentes de información, utilizando desde bases de datos electrónicas, directamente de revistas específicas del área de investigación, en motores de búsqueda de literatura gris e incluso con expertos en el área, de manera que no se omita información. Siguiendo esta recomendación, en el presente trabajo se ha realizado un análisis de proceso inductivo a partir de documentos hallados desde muy diversas fuentes, e incluso por medio de un panel de expertos -que explicaremos seguidamente-.

De forma parecida a las revisiones panorámicas, se emplearon las siguientes bases de datos: *Web of Science, Scopus, Medline, EBSCOhost, Cochrane Public Health, Dialnet* y *SciELO*. También se realizaron búsquedas de literatura gris, tanto de tesis nacionales e internacionales a través de las bases de datos TESEO y DART / OATD respectivamente, como de libros o monografías con *Springer Link*.

La revisión sistematizada se complementó con la búsqueda de estudios o experiencias de mapeo utilizando diversos accesos *web*, como por ejemplo la *web* de la “Alianza de Salud Comunitaria” (<http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>) o también la Red de Actividades Comunitarias<sup>6</sup> que recoge experiencias registradas a nivel

---

<sup>6</sup> La Red de Actividades Comunitarias (RAC) de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (España), es un instrumento *web* que busca facilitar el acceso a recursos técnicos y administrativos sobre prácticas de calidad realizadas con grupos y

nacional. A raíz, por ejemplo, de estos medios, se localizó el estudio de Cubillo *et al.* (2018) que describe la experiencia “Mapeando Puerta del Ángel” en la ciudad de Madrid.

A partir de los términos predefinidos y en función de las bases de datos, se desarrollaron estrategias de búsqueda que a su vez, durante el proceso de búsqueda y según la revisión de resultados, se iban alterando su estructura. Los ejemplos más relevantes quedan detallados en el Capítulo 5, organizados como el esquema de la tabla 2.1.

**Tabla 2.1: Plantilla de una estrategia de búsqueda.**

Base de datos	Términos de búsqueda	Resultados	Nuevas referencias*

\*Que cumplan criterios de la revisión sistematizada

Fuente: elaboración propia.

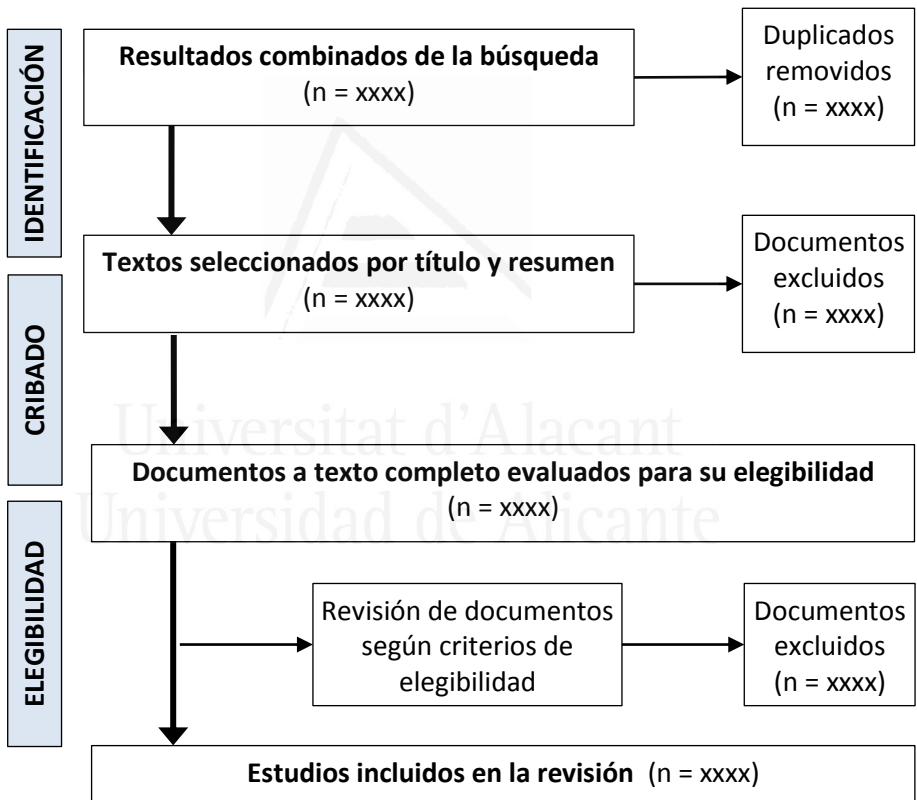
Los resultados de esta búsqueda bibliográfica sistematizada quedan resumidos en un «diagrama de flujo» como el que representa la figura 2.2, permitiendo ser transparentes en el método seguido. En este punto, conviene aclarar que para la presente revisión se hizo una consulta principal que concluyó a finales de 2018, si bien, siempre que fue posible, todas las estrategias de búsqueda fueron sindicadas a través de la *RSS Feed* de las diferentes bases de datos, con una doble intención: por un lado, tener la posibilidad de revisar los resultados de las estrategias de búsqueda, localizando nuevos estudios que garantizase la

---

comunidades. Facilitando una red de contactos y difundiendo experiencias que animen a los profesionales de atención primaria de salud a incorporarlas al trabajo habitual.

mayor actualidad cuando el trabajo fuera publicado y, por otro lado, reducir el sesgo de selección de los estudios al comparar los que fueron seleccionados inicialmente en la consulta principal, de los estudios seleccionados varios meses después (la segunda consulta en octubre de 2019) y una tercera revisión de resultados en agosto de 2020.

**Figura 2.2: Plantilla de diagrama de flujo de una revisión sistematizada.**



Fuente: adaptado de "Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas" (p.185) por B.Moreno *et al.*, 2018, *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 11(3)

Como indica Moreno *et al.* (2018), una vez obtenida la información con la selección de artículos concernientes a los criterios de elegibilidad, estos se analizarán críticamente y de forma metódica (meta-análisis/meta-síntesis) para la obtención de datos resumen.

Los estudios se evaluaron por medio de la lista de verificación COREQ (“*Consolidated criteria for Reporting Qualitative research*”) de la Red Equator<sup>7</sup>, que sirve de guía de comprobación de la calidad de los trabajos, en donde se debe informar sobre aspectos importantes del investigador o equipo de investigación, su relación con los participantes, sobre los métodos y el contexto del estudio, los hallazgos, análisis e interpretaciones de los datos. Para algunos de los dominios de la lista de verificación (dominio «Equipo de investigación y reflexividad» o ítems 14-23 sobre «ajuste» y «recopilación de datos») fue más difícil la evaluación debido a que, como bien indican los autores Tong, Sainsbury y Craig (2007), esta guía se desarrolló “para promover informes explícitos y completos de estudios cualitativos (entrevistas y grupos focales)” (p.356) cuando sin embargo, veremos que varios de los estudios incluidos en la revisión eran de tipo investigación-acción con talleres de mapeo. Es por esto que también se tomaron en cuenta las consideraciones de la guía SRQR (“*Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations*”) de la Red Equator, así como

---

<sup>7</sup> La Red EQUATOR (*Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*), según la Organización Panamericana de la Salud, es una iniciativa internacional destinada a promover informes transparentes y precisos de los estudios de investigación en salud para mejorar el valor y la confiabilidad de la literatura de investigación en ciencias de la salud. <https://www.equator-network.org>

el análisis EPICURE<sup>8</sup> propuesto por Stige, Malterud y Midtgarden (2009). En esta última guía, por ejemplo, se insta a valorar el hecho de que los autores de los estudios primarios, den cuenta de las consideraciones éticas cuando los humanos son sujetos de análisis como ocurre en la mayoría de las investigaciones cualitativas.

Un aspecto valorativo del proceso de revisión sistemática cualitativa es considerar, no solo la calidad de los estudios, sino también el número de ellos, con la idea de que la muestra de trabajos sea suficiente para considerar apropiado el proceso inductivo. Sobre este asunto, DiGirolamo y Salgado (2008, como se citó en Carreño y Chaparro, 2015) indican que no existe un estándar de estudios a seleccionar aunque recomiendan un mínimo de diez a doce documentos. En la revisión sistematizada que en el Capítulo 5 se presenta en detalle, se incluyeron catorce estudios, que fueron seleccionados cumpliendo con los criterios de elegibilidad y de calidad establecidos.

En cualquier caso, Sandelowski y Barroso (2007) ponderan la calidad de los datos sobre la calidad de la investigación y su rigor metodológico. Esto no debe dejar entender que los estudios a incluir en la revisión cualitativa carezcan de rigor científico. (Carreño y Chaparro, 2015)

---

<sup>8</sup> Stige, Malterud y Midtgarden (2009) proponen la agenda de evaluación EPICURE para el análisis de estudios cualitativos, atendiendo a dos grandes dimensiones: -EPIC- de producir relatos sustanciales basados en el compromiso (*Engagement*) o acto reflexivo del investigador, el procedimiento empleado (*Processing*), la interpretación (*Interpretation*), y la auto-crítica. Por otro lado, y dimensionalmente relacionado: -CURE- se refiere al desafío de lidiar con las condiciones previas y las consecuencias de la investigación, con un enfoque en la crítica social (*Critic*), la utilidad (*Usefulness*), la relevancia (*Relevance*) y la ética (*Ethics*).

A vista de los resultados obtenidos, los estudios fueron examinados por meta-síntesis<sup>9</sup>, además de resumirlos en una tabla que recoge, de forma individualizada y sintética, la información de cada estudio en su propósito, muestreo, métodos, resultados y hallazgos encontrados. Se llevó a cabo entonces, un proceso inductivo de categorización y taxonomía de los resultados de los estudios primarios.

Según Strauss y Corbin (1998, como se citó en Sandelowsky y Barroso, 2007) el análisis taxonómico se asemeja a la codificación axial y selectiva de la teoría fundamentada: “las taxonomías muestran el rango conceptual de hallazgos y proporcionan una base para el desarrollo de descripciones y modelos conceptuales, teorías o hipótesis de trabajo” (p.199).

Los resultados de la meta-síntesis se resumen y se presentan a través de diagramas conceptuales que se pueden ver en el Capítulo 5. Algunas de las dimensiones son «conceptos importados»<sup>10</sup> de los estudios primarios, y otras son conceptos «*in vivo*», concebidos por el propio investigador.

En todo el procedimiento, se utilizó el programa informático ATLAS.ti versión 7.5.

---

<sup>9</sup> La “meta-síntesis” es un resumen interpretativo de los datos obtenidos por fenomenologías, etnografías, teorías fundamentadas y otras descripciones o explicaciones coherentes de fenómenos, eventos o casos. Como refieren los autores, la meta-síntesis es más que la suma de las partes, porque ofrece interpretaciones diferentes a los hallazgos de los estudios primarios. (Sandelowsky y Barroso, 2007)

<sup>10</sup>Un “concepto importado” es aquel que, los revisores toman prestados de los estudios primarios, para integrar los hallazgos. Los conceptos importados son diferentes de los conceptos *in vivo*, o conceptos que los investigadores mismamente inventan a partir de los datos, para integrarlos.

Por medio de esta revisión sistematizada, la meta-síntesis realizada, y tras la lectura también de investigaciones secundarias referenciadas en los estudios incluidos, se indujeron un listado de «dimensiones universales» que, suponíamos, serían cualidades valoradas por los observantes y/o usuarios de los recursos comunitarios.

**Limitaciones de la meta-síntesis:**

- El proceso de selección de los estudios no ha sido un proceso ciego, ya que solo el doctorando ha ejercido de investigador. Lo mismo ocurre con el proceso de categorización de los hallazgos.
- El propósito de la revisión así como los resultados de interés para la finalidad del estudio, han podido sesgar la inducción de los hallazgos, centrándose el investigador en la taxonomía que permitiera definir las dimensiones, categorías y conceptos que caracterizan a un activo para la salud.
- Algunos estudios se descartaron por no incluir explícitamente el inventario de recursos o ilustraciones del “porqué” de la elección, si bien en el momento de examinarlos fueron sometidos también al análisis de contenido y categorización. Esto se realizó también con algunos documentos localizados posteriormente a la revisión principal, con intención de re-valorar la taxonomía.
- Aunque se hizo lectura de numerosas referencias citadas por los estudios primarios incluidos, esta revisión de citas no fue exhaustiva.



## 2.4. VALIDEZ DE LA ESCALA. PANEL DE EXPERTOS

Como indica Hernández, Fernández y Baptista (2015), en estudios de tipo cualitativo que buscan generar hipótesis más precisas o diseñar un nuevo cuestionario, la muestra por panel de expertos es un método comúnmente empleado. El método Delfos es la metodología más frecuentemente utilizada en los paneles de expertos cuando, por razones de tiempo o costes de desplazamiento, es complicada la reunión presencial (Ziglio, 1996).

### Sobre el Método Delfos (*Delphi*)

El método Delfos o «*Delphi*»<sup>11</sup>, es una técnica de comunicación estructurada y fundamentada en el consenso logrado tras la discusión reiterativa por fases, en la que el investigador recoge en diferentes ocasiones las conclusiones de los expertos y reconfigura el instrumento una vez logrado un nivel adecuado de consenso o estabilidad de los resultados. Según Hsu y Standford (2007, como se citó en Riaño y Palomino, 2015), éste método se basa en el principio de la inteligencia colectiva. Cabero e Infante (2014, como se citó en Torrado-Fonseca y Reguant-Álvarez, 2016) señalan que:

“[...] el método Delphi es posiblemente uno de los métodos más utilizados en los últimos tiempos por los investigadores para diferentes situaciones y problemáticas, que van desde la

---

<sup>11</sup> El nombre de método Delfos (o *Delphi*) fue propuesto por Abraham Kaplan, filósofo que formaba parte del centro de investigación norteamericano The Rand Corporation. Norman Dalkney y Olaf Helmer publican en 1962 un memorándum, titulado *An experimental application of the Delphi method to the use of experts*, que contiene una versión revisada y abreviada del que es considerado el primer estudio Delfos del que hay conocimiento. (Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca, 2016; Varela-Ruiz, Díaz-Bravo y García-Durán, 2012)

identificación de tópicos a investigar, especificar las preguntas de investigación, identificar una perspectiva teórica para la fundamentación de la investigación, seleccionar las variables de interés, identificar las relaciones causales entre factores, definir y validar los constructos, elaborar los instrumentos de análisis o recogida de información, o crear un lenguaje común para la discusión y gestión del conocimiento en un área científica. Es, por tanto, de verdadera utilidad para los investigadores de ciencias sociales en general, y los de educación y comunicación en particular” (p.2).

Estos autores también señalan que esta técnica puede resultar idónea cuando los encuentros presenciales del grupo resultan muy costosos en tiempo o dinero, o se requiere el anonimato de los participantes que están dispersos geográficamente. Esta técnica ayuda además a superar los sesgos y limitaciones de un solo individuo y permite basarse en el juicio intersubjetivo, lo que proporciona fiabilidad.

Este método es conveniente cuando se busca garantizar que todas las principales opciones posibles sobre una cuestión están sobre la mesa para su consideración, y para examinar el acceso y las consecuencias de cualquier opción particular (Ziglio, 1996).

Definir los criterios de composición del panel de expertos es un paso fundamental que hay que considerar en vista a los resultados que se buscan obtener. La literatura indica que estos grupos deben estar conformados como mínimo por siete expertos y nunca superar los 30 participantes (Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca, 2016; Varela-Ruiz, Díaz-Bravo y García-Durán, 2012). Según Ziglio (1996) la literatura sugiere que cuando el grupo de expertos es homogéneo se pueden obtener buenos resultados con paneles de 10-15 participantes.

Para Cook, Bose, Marshall y Main (2013), la combinación de percepciones de especialistas<sup>12</sup> y usuarios, informantes clave, puede contribuir a una evaluación más completa.

Todo el proceso se realizó por correo electrónico en archivo adjunto y utilizando el modelo de cuestionario de *Formulario de Google*, que estaba conformado por una breve presentación, del tema de investigación y objetivos, de la fase en la que se encuentra el trabajo de investigación, y la metodología empleada para el desarrollo previo de la herramienta de valoración y ponderación de activos, además las instrucciones para complementar el cuestionario del panel Delfos, y del correspondiente instrumento para su validación.

Con este formato de trabajo, se procuró atender los tres principios que, según Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca (2016), rigen el método Delfos:

- El anonimato de los participantes. Se produce un debate anónimo y no interactivo entre los expertos, respondiendo individualmente a unas preguntas que el investigador formula a modo de cuestionario. Los expertos pueden conocerse entre ellos, pero no sus opiniones sobre el tema.
- La iteratividad y la retroalimentación controlada. Los participantes tienen la oportunidad de emitir su opinión en varias consultas y de forma intercalada con retroalimentación de lo expresado por el grupo. Entre una y otra tienen la ocasión de reflexionar tanto acerca de sus propias opiniones como de las emitidas por el resto de expertos. Se hacen tantas consultas

---

<sup>12</sup> Tipos de expertos en el método Delfos: los llamados “afectados”, que son conocedores del suceso analizado o informantes clave, independientemente de sus títulos o posición jerárquica, y por otro lado, están “especialistas” quienes, en este caso, si poseen trayectoria académica, méritos especiales, experiencia profesional destacada, u otros rasgos por los que resalten en el tema de estudio.

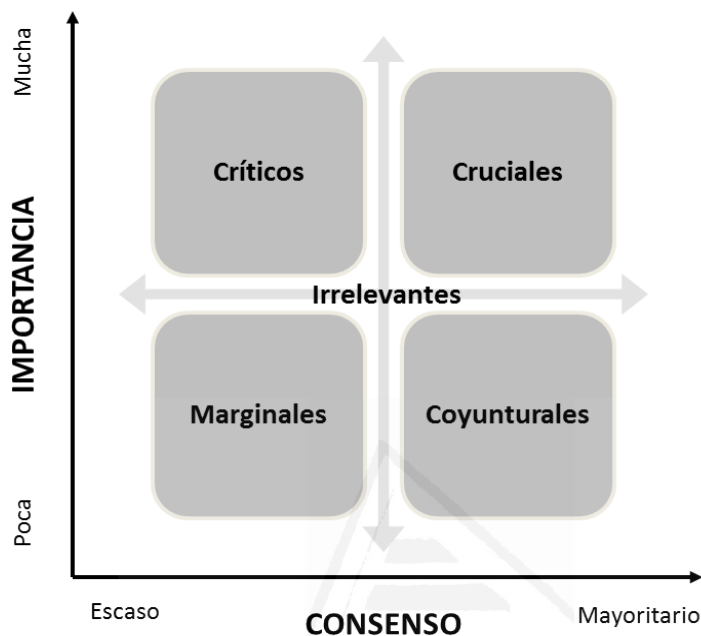
como sea necesario hasta lograr resultados consensuados por todos los expertos. Normalmente de tres o cuatro rondas de preguntas, cada una basada en los resultados de la consulta previa.

- Presentación estadística de los resultados de la respuesta del grupo. Los cuestionarios sucesivos de cada fase deben incluir la síntesis del pensamiento del grupo, expresada en forma de nuevas preguntas o como síntesis de lo expresado cuando se ha logrado el consenso. Las respuestas pueden ser devueltas en datos estadísticos.

El cuestionario emitido a los expertos buscó el equilibrio entre preguntas cerradas de respuesta categóricas y preguntas abiertas para la expresión libre de las opiniones. Por este formato, y debido también al número reducido de participantes, el método Delfos no está destinado a producir resultados estadísticamente significativos aunque, si tenemos en cuenta relevancia de los encuestados, los resultados deberían representar la síntesis del pensamiento, una mezcla de evidencia científica y valores sociales. (Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca, 2016; Varela-Ruiz, Díaz-Bravo y García-Durán, 2012)

Según Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca (2016) los resultados de un panel Delfos se pueden distribuir en cinco bloques o categorías dentro de una misma temática o problema en función de su importancia (mucho o poca) y de su consenso (mayoritario o escaso). Ver figura 2.3.

Figura 2.3: Tipología de resultados. Panel de expertos.



Fuente: Adaptado de Ruiz Olabuénaga (2003), como se citó en “El método Delphi” (p.90), por M. Reguant-Álvarez y M. Torrado-Fonseca, 2016, Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 9(1)

Según estos mismos autores, el criterio práctico para dar como finalizado el proceso es haber pasado por dos o tres rondas -de envío y *feedback*-<sup>13</sup>, sin embargo, lo más apropiado, indican, es emplear criterios estadísticos de estabilización, equilibrio o consenso en la información.

<sup>13</sup> El método “Delphi modificado” (Linstone y Turoff, 1975) de aplicación en solo dos rondas está cogiendo más fuerza por varios motivos: a) el Delfos llevado a un extremo puede convertirse en una tarea larga y costosa para ambas partes (investigador y expertos), poniendo en riesgo las índices aceptables de respuesta; b) se consigue mantener el interés de los panelistas; d) se tiende no a la construcción sino a llegar acuerdos sobre la misma.

Habitualmente se propone como medida el Coeficiente de Variación<sup>14</sup> y la predeterminación de un nivel arbitrario de reducción como referencia para la finalización del proceso. Cuando el Recorrido/Rango Intercuartílico Relativo tenga un valor menor al prefijado, se considerará que se ha llegado un grado adecuado de estabilidad o consenso. Otros criterios decisorios que propone Landeta (1999, como se citó en Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca, 2016) son: que el porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana  $\pm 1$  sea superior a 80 % o, en preguntas dicotómicas, que una de las opciones aglutine más del 80 % de las respuestas.

Teniendo como referencia el estudio de Riaño y Palomino (2015), los resultados de cada una de las fases de consulta a los expertos, fueron analizados en contenido, en el caso de las preguntas abiertas de opinión, y resumidos estadísticamente (por medio de frecuencias absolutas y relativas/proporciones, media y moda), cuando se referían a preguntas categóricas. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (versión 22.0).

A lo largo del proceso Delfos en sus diferentes rondas de discusión, y guiándonos por los criterios analíticos mencionados, se consideró un nivel alto de consenso cuando la proporción de acuerdo en las respuestas era superior al 80%.

---

<sup>14</sup> Coeficiente de Variación (Cv): Es la razón entre la desviación típica y la media. Mide la desviación típica en forma de “qué tamaño tiene con respecto a la media”. Y, en este caso, consiste en calcular la desviación típica de las respuestas individuales de los expertos, dividiéndolas entre la media, para conocer su variabilidad.  $Cv = \delta/\mu$

## **Desarrollo del panel de expertos por etapas:**

### Etapa 0 – Definición del panel de expertos

En este trabajo, según las indicaciones arriba mencionadas, los participantes en el panel de expertos se seleccionaron entre especialistas de acuerdo con:

- Sus conocimientos (investigación o experiencia científica) o experiencia profesional sobre el tema de investigación, desde una perspectiva multidisciplinar. Ver tabla 2.2 sobre los perfiles de los expertos participantes.
- Su disposición a participar y compromiso con la actividad. Reflejo de este compromiso se ve en la participación de todos ellos durante el proceso completo que se prolongó durante cuatro meses.
- Su disponibilidad de tiempo, siendo época estival cuando el panel se desarrolló.
- Sus conocimientos acerca del método Delfos. Excepto uno, todos los colaboradores conocían o habían participado en otros métodos Delfos.
- Su capacidad comunicativa. Todos los participantes tienen experiencia en la comunicación escrita y están acostumbrados al diálogo a través del medio de correo electrónico.

La elección de los expertos se realizó por muestreo de conveniencia e intencionalidad según los criterios expuestos.

**Tabla 2.2: Panel de expertos: perfiles.**

<b>Código experto</b>	<b>Campo</b>	<b>Experiencia</b>
Exp1	Salud Pública	Coordinación programas de promoción e inversión en salud de la OMS. Experiencia en reformas de políticas sanitarias y sociales. Experiencia investigadora en enfoque salutogénico.
Exp2	Salud Pública	Experiencia en gestión sanitaria. Experiencia investigadora sobre inequidades en salud y sobre acción local, salud comunitaria. Proyectos en investigación-acción participativa.
Exp3	Sociología	Experiencia investigadora en participación ciudadana, democracia y valores humanos. Proyectos en investigación-acción participativa. Sociología y comunicación política.
Exp4	Ciencias de la salud	Experiencia investigadora en el enfoque de activos de salud. Salud Pública y calidad de la investigación biomédica
Exp5	Arquitectura	Arquitectural social y solidaria. Experiencia en diseño estratégico y participación, precariedad urbana. Experiencia investigadora sobre inequidades en salud.
Exp6	Antropología	Colaboraciones con la OMS en estrategias para el bienestar. Experiencia investigadora sobre Promoción de la Salud, determinantes sociales y enfoque positivo de salud.
Exp7	Salud Pública	Colaboraciones con la OMS en ciudades saludables y reformas de servicios de salud. Experiencia investigadora sobre desigualdades en salud y políticas de salud
Exp8	Educación y Salud Pública	Docencia y gestión en Salud Pública y Promoción de la Salud. Coordinación programas de Promoción de la Salud en infancia y adolescencia, e Innovación educativa.
Exp9	Enfermería	Experiencia en gestión sanitaria. Docencia en enfermería familiar y comunitaria. Experiencia investigadora sobre el campo de los cuidados en salud.
Exp10	Enfermería y Salud Pública	Experiencia investigadora en Promoción y Educación para la Salud. Universidades Promotoras de la Salud
Exp11	Urbanismo	Planificación y desarrollo urbano sostenible. Experiencia investigadora en sistemas de transporte y diseño urbano.
Exp12	Enfermería y Salud Pública	Experiencia investigadora en Promoción de la Salud, acción comunitaria y sobre inequidades en salud.
Exp13	Enfermería y antropología	Coordinación de programas de formación y acción en Promoción de la Salud. Experiencia investigadora sobre activos de salud y equidades en salud.

Fuente: Elaboración propia.



Se contactó telefónicamente y por medio de correo electrónico con cada uno de los expertos que pensábamos podrían participar en el panel Delfos. En este primer contacto se les presentaba brevemente el propósito y los métodos seguidos en el trabajo realizado hasta el momento, y se les solicitaba su conformidad a colaborar en todo el proceso.

Para procurar un compromiso por parte de todos ellos, se les informó de las pautas de funcionamiento y los tiempos estimados, sabiendo las dificultades que entrañaba el desarrollar dicho panel durante el periodo estival. El plazo estándar para cada una de las rondas de discusión fue de 10 días, si bien la segunda ronda se prolongó en el tiempo al no obtenerse inicialmente una respuesta suficiente de expertos por coincidir con el mes vacacional de agosto. Finalmente se llevaron a cabo tres rondas de discusión (Q1-Q3) y se dio *feedback* con resumen de resultados de las dos primeras rondas. La tercera y última ronda buscó lograr un alto consenso en los resultados que podemos catalogar como “críticos” (con disparidad de opiniones, algunas que consideraban de importancia), y también discutir nuevamente aquellos resultados “coyunturales” (valorados, en un amplio consenso, como de baja relevancia).

Todos los expertos que fueron contactados respondieron a los formularios de la primera y segunda ronda de discusión (Q1 y Q2). La tercera fue planteada de forma abierta a la discusión y con libertad de respuesta, en un plazo de tiempo igualmente de 10 días.

Los resultados en detalle, figuran en el apartado “Modificaciones del instrumento según los expertos: resultados del panel Delfos” del Capítulo 5.

### Etapa 1 – Primera ronda de discusión (Q1).

Tras contactar por correo electrónico con cada uno de los participantes y recibir respuesta confirmando su interés por colaborar, se les envió un primer formulario con una breve introducción, objetivos y proceso metodológico a seguir.

En principio se realizaron cuatro preguntas abiertas con la finalidad de identificar alguna otra dimensión no considerada hasta ese momento en la herramienta.

- De las 14 dimensiones inicialmente contempladas<sup>15</sup> de acuerdo con la revisión de la literatura, indique su nivel de conformidad acerca de la relevancia de estas dimensiones como cualidades definitorias de un recurso como activo para la salud. (pregunta cerrada) Para respuestas de tipo Likert-7: «totalmente en desacuerdo», «bastante en desacuerdo» - «en desacuerdo» - «ni de acuerdo ni en desacuerdo» - «de acuerdo» - «bastante de acuerdo» - «totalmente de acuerdo».
- ¿Qué otra u otras dimensiones considera determinantes en el proceso universal de identificación y valoración de un recurso como activo comunitario para la salud? (pregunta abierta)
- ¿Conoce alguna escala validada de medición para la dimensión o dimensiones que ha propuesto? (pregunta abierta)

---

<sup>15</sup> Con el propósito de no influir en las consideraciones de los expertos, solamente se numeraron las dimensiones y categorías que estaban incluidas en la herramienta, sin describirlas.

- Proponga alguna afirmación (ítem) que lleve a considerar y valorar la dimensión o dimensiones que haya mencionado. (pregunta abierta)

Las respuestas a la primera pregunta se analizaron con estadísticos descriptivos: frecuencias y proporciones relativas sobre la conformidad con cada una de las dimensiones. Se estableció como criterio de consenso que el 80% de los expertos estuvieran “al menos de acuerdo” con la dimensión («de acuerdo» - «bastante de acuerdo» - «totalmente de acuerdo»).

En el caso de las respuestas abiertas, se realizó un análisis de contenido y se tomaron en consideración las afirmaciones y aportaciones que los expertos manifestaron. Estas serían incluidas en el análisis del siguiente formulario.

### Etapa 2 – Primeros resultados y *feedback*. Segunda ronda de discusión (Q2).

Para proceder con la segunda ronda de discusión (Q2), se envió nuevamente un correo electrónico donde se adjuntaba un resumen de los resultados de la ronda Q1, y se detallaban las pautas a seguir con el segundo formulario.

Para esta segunda ronda de discusión (Q2) se propuso un análisis en profundidad de la escala y sus ítems.

Este segundo formulario incluía una descripción detallada de cada una de las dimensiones, sus categorías y los ítems inicialmente incluidos en la herramienta, además de los propuestos por los expertos en la primera ronda.

Cada uno de los ítems (los 145 ítems incluidos inicialmente en la herramienta y 2 propuestos nuevos) se analizaron separadamente. Los expertos fueron preguntados sobre la “relevancia” y la “adecuada formulación” (o no), de cada uno de los ítems.

Debido a la extensión del formulario y con el objeto de no sobrecargar el tiempo de los expertos, se consideró oportuno seccionar el formulario en 3 partes, para que el cuestionario pudiera ser atendido separadamente, o no, según preferencia del participante. Todas ellas se enviaron simultáneamente en el mismo correo.

Las preguntas sobre la “adecuación” de los ítems se formularon para una respuesta dicotómica (si-no) con la posibilidad de añadir comentarios/modificaciones en caso de que los expertos indicaran su disconformidad. ¿Considera adecuada la formulación del ítem? De no ser así, ¿cómo la reformularía?

Para las preguntas de “relevancia” se utilizó la técnica metodológica «MoSCoW», permitiendo conocer la opinión de los expertos respecto a la pertinencia de mantener o suprimir los ítems, así como la importancia otorgada a cada uno de ellos (y por ende, sus dimensiones).

La técnica de MoSCoW<sup>16</sup> es uno de los métodos colaborativos más fáciles para la priorización de requisitos, originalmente desarrollada para el análisis de proyectos: “La ausencia de estos requisitos significa

---

<sup>16</sup> Clegg inicialmente diseñó MoSCoW como un marco de priorización para proyectos de tiempo determinado. Específicamente, para iniciativas dentro de lanzamientos. Sin embargo, los usos de MoSCoW en la actualidad son más amplios, ya que el método ha sido adaptado por varios profesionales.

que todo el proyecto sería un fracaso” (Hudaib, Masadeh, Qasem y Alzaqebah, 2018, p.64). Esta técnica recibe el nombre, MoSCoW, por el análisis según las siguientes valoraciones:

- **Must have** (“tiene que tener” o tiene que aparecer en la escala)
- **Should have** (“debe tener” o debería aparecer en la escala)
- **Could have** (“podría tener” o podría aparecer en la escala)
- **Won't have** (“no debe tener” o no tiene que aparecer en la escala)

En el primer grupo («*Must have*» y «*Should have*») se incluirían aquellos requisitos que deberían incluirse deseable y necesariamente en un proyecto o en este caso, ítems que tienen que estar presentes en la escala analizada (Hudaib *et al.*, 2018). El grupo «*Could have*» (podría tener), contiene el requisito deseable pero no necesario. Y por último, las valoraciones de los expertos con un «*Won't have*» indican que incluir el ítem es innecesario e incluso no deseable.

Con las respuestas recibidas, se valoró la pertinencia de suprimir, o mantener el ítem, según los siguientes criterios:

- ❖ Motivo para suprimir un ítem:
  - Que las respuestas «*Won't have*» superen el 20%
  - Que las respuestas «*Could have*» superen el 60%
  - Que el sumatorio de respuestas «*Won't have*» + «*Could have*» supere el 60%
- ❖ Motivo para mantener un ítem: Que las respuestas «*Must have*» + «*Should have*» superen el 80%
- ❖ Cuando no se diera ninguno de estos criterios, la decisión dependería del investigador valorando detenidamente las correcciones o consideraciones aportadas por los expertos.

Los resultados se analizaron estadísticamente y de forma descriptiva para cada uno de los ítems y de forma conjunta para las catorce dimensiones: moda, media, frecuencias y proporciones. Las preguntas sobre la adecuación en la formulación, se analizaron en su contenido y guiaron los criterios de decisión.

### Etapa 3 – Resultados segunda ronda y *feedback*. Tercera ronda de discusión (Q3).

El tercer envío electrónico invitaba a los expertos a responder nuevamente un formulario con preguntas, por un lado, dirigidas a la discusión de aquellos ítems en los que no se logró un consenso sobre la relevancia o la adecuada formulación, así como otras consideraciones particularmente críticas que se consideraban conveniente resolver y, por otro lado, preguntas de carácter general sobre la herramienta y el modelo propuesto.

En esta tercera etapa se exponen los resultados del formulario de la ronda Q2 y se formulan las siguientes cuestiones:

- Sobre la reformulación del ítem 1 de “Utilidad”: ¿Plantearía de otra manera este ítem? ¿Considera adecuada esta clasificación de necesidades?
- Sobre los ítems 2 y 4 de “Intención de uso”: ¿Considera que la intención de uso puede ser un determinante de la conducta de utilizar o no un determinado recurso? ¿Un recurso que se adecúa a nuestra norma (social) subjetiva es mejor valorado que un recurso que no lo hace?
- Sobre la reformulación del ítem 3 de “Proximidad”: ¿Considera adecuada la reformulación del ítem? Si no es así, ¿qué cambiaría?

- Tras las modificaciones de los ítems de "Diseño": ¿Tiene alguna consideración respecto a la dimensión "Diseño" y sus ítems?
- Sobre la reformulación del ítem 16 de "Seguridad": ¿Considera adecuada la reformulación del ítem? Si no es así, ¿qué cambiaría?
- ¿Qué consideraciones tiene respecto a la dimensión "Público"? ¿Son los factores de exclusión y rivalidad, criterios que pueden influir en la valoración de un activo?
- Sobre la reformulación del ítem 7 de "Sostenibilidad": ¿Qué consideraciones tiene respecto al ítem formulado para la valoración de la "rentabilidad"?
- Valorando la herramienta en su conjunto y con las consideraciones vistas durante las rondas de discusión previas, ¿Echa en falta incluir o reformular alguna de las dimensiones o categorías descritas?
- ¿Modificaría algo de la representación gráfica/esquema de la correlación entre dimensiones? (figura 5.9 en el ANEXO 3)
- A la hora de puntuar los "ítems" ¿otorgaría el mismo valor a cada uno de ellos? Si no es así, ¿qué ítems considera de mayor transcendencia?... ¿Ponderaría más unas "dimensiones" que otras?

No todos los expertos respondieron a esta tercera y última ronda de discusión. De los que respondieron, sus consideraciones se tuvieron en cuenta para la configuración final de la herramienta y el modelo que en el presente trabajo defendemos.

## 2.5. CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ACTIVOS PARA LA SALUD

Para el desarrollo de una herramienta que permita la valoración y ponderación de los activos para la salud, se realizó una revisión conceptual en profundidad para cada una de las dimensiones deducidas de la revisión sistemática.

Nos planteamos como propósitos que el instrumento desarrollado permita:

- Ser utilizable por cualquier persona, incluidos profesionales de la salud y del ámbito social, planificadores urbanos, ciudadanos...
- Sensibilizar al público sobre la importancia de la multidimensionalidad de los recursos
- Ser de naturaleza flexible, multipropósito y genérico, y utilizable en diferentes contextos.
- Ser aplicable en diferentes fases del proceso de intervención comunitaria: diagnóstico, o evaluación de resultados.
- Ser una herramienta fácil de usar y que agilice el arduo proceso.

Como resultado de todo lo anterior, se ha creado una herramienta de un total de 103 ítems (tras las modificaciones por el panel de expertos), que permiten de forma confiable conocer el grado en el que un recurso es valorado como activo para la salud según la perspectiva de un individuo o grupo de personas.

Todos los ítems de la escala están redactados a modo de declaración afirmativa, con el objeto de que la herramienta pueda ser utilizada como mera lista de verificación o *checklist*, respondiendo a



cada ítem con una respuesta de «sí» o «no» o, en su lugar, como una escala de respuesta de tipo Likert<sup>17</sup> con cinco valoraciones: «totalmente de acuerdo», «de acuerdo», «ni de acuerdo ni en desacuerdo», «en desacuerdo», «totalmente en desacuerdo». Las declaraciones a su vez se han escrito con una inclinación positiva o favorable, como se explica a continuación.

La herramienta, independientemente de su modalidad, está pensada para que pueda ser respondida tanto de forma individual como grupal -lógicamente en este caso requiriendo un consenso para dar una única respuesta a cada ítem-. Además, se plantea la posibilidad de que pueda ser auto administrada o aplicada mediante entrevistas.

Una escala de actitud tipo Likert consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada declaración y se solicita al sujeto que exprese su reacción eligiendo uno de los tres, cinco o siete puntos o valoraciones del ítem. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, se obtiene una puntuación final de la escala, al sumar cada una las puntuaciones obtenidas en relación con todos los ítems. (Hernández *et al.*, 2015)

En la presente herramienta, las opciones de respuesta son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la frase o ítem correspondiente. Se ha demostrado que la escala de 7 puntos alcanza los límites superiores de la confiabilidad que la escala de 4, aunque la más

---

<sup>17</sup> Escalamiento Likert: Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932, y consiste en la respuesta de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías. (Hernández *et al.*, 2015)

habitualmente aceptada es la escala de 5 respuestas (QuestionPro, 2020). Para la herramienta inicial se planteó una medición con Likert-7, si bien fue cuestionado por los expertos durante el panel Delfos, quienes argumentaron que dicha herramienta debe de ser sencilla para uso de toda la ciudadanía, y recomendaron en su mayoría simplificar a Likert-5.

Para el escalamiento Likert, si la declaración afirmativa es positiva, significa que califica favorablemente al objeto de actitud; de este modo, cuanto más de acuerdo con la frase estén los participantes, su actitud será igualmente más favorable (Hernández *et al.*, 2015). Cuando el propósito de los ítems es éste, la puntuación debe ser correspondiente: 1 punto para las valoraciones de “totalmente en desacuerdo” con la actitud, y 5 puntos para las valoraciones de “totalmente de acuerdo” a la actitud favorable.

- (5 puntos) Totalmente de acuerdo
- (4 puntos) De acuerdo
- (3 puntos) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (2 puntos) En desacuerdo
- (1 punto) Totalmente en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

1 punto ← 3 puntos → 5 puntos

Así por ejemplo, el ítem nº80 “*Las diferencias étnicas y culturales no son determinantes en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno*”, no tiene intención de negar lo que es una evidencia en muchos casos, sino que pretende ser puntuada de forma proporcional a la respuesta.

La escala Likert es un tipo de herramienta aditiva en la obtención de las puntuaciones. Según Hernández *et al.* (2015), codificar de 1 a 5 puntos, o de -2 a +2, no tiene importancia siempre y cuando estemos conscientes del marco de interpretación. En la presente herramienta se ha preferido la primera opción con la idea de que aquellos recursos analizados tengan siempre una valoración positiva<sup>18</sup>.

Es indispensable señalar que el número de valoraciones o categorías de respuesta debe ser igual para todas las afirmaciones, con el objeto de que los ítems sean comparables y puedan someterse a un adecuado análisis factorial en el momento que así se requiera. (Hernández *et al.*, 2015)

Otro planteamiento contemplado para la herramienta de valoración de activos es que, en lugar de utilizarla como una escala evaluable, sea interpretada como una lista de verificación (o *checklist*). La lista de chequeo permitiría orientar al usuario en las dimensiones y aspectos clave que debiera considerar cuando analiza los activos de su contexto.

Según Oliva Mella (2009) la lista de chequeo implica la presencia, o no, de una lista de propiedades, criterios, dimensiones o componentes, en relación a una acción o intervención concreta, o sobre un fenómeno determinado. Es una herramienta que “funciona como apoyo para delimitar y clasificar variables, y simplificar las conceptualizaciones a estudiar” (p.7). El autor de la guía puntualiza a favor del *checklist*, que obliga al evaluador a considerar por separado

---

<sup>18</sup> En las escalas de Likert a veces se califica el promedio resultante en la escala mediante la sencilla fórmula  $PT/NT$ , donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones. (Hernández *et al.*, 2015, p.238)

cada uno de los elementos de las dimensiones. Dentro de la lógica mnemotécnica, se utiliza como un sistema de recordatorio que ayuda a normalizar procedimientos de manera estandarizada reduciendo de ese modo la complejidad de los procedimientos. También lo describe como un método útil para una rápida verificación de los criterios de información y mejora de las prácticas evaluativas, a modo de «directrices», lo que incrementa la credibilidad y coherencia entre los usuarios (Oliva Mella, 2009). El objetivo de una lista de verificación no es estadístico, sino descriptivo o exploratorio. Pretende verificar la presencia o ausencia de determinadas características.

Con todo esto, cuando se elaboró la herramienta inicial se tuvieron en cuenta las consideraciones recomendadas por Oliva (2009) en la elaboración de cualquier lista de verificación:

- La configuración se hace en función de dimensiones preestablecidas y definidas con anterioridad en base a una amplia y variada evidencia científica.
- La lista debe ser «acontextual» o inespecífica para que sea posible su aplicación fuera del contexto en el que originalmente ha sido desarrollada.
- La lista de chequeo puede permitir la libertad de utilizar el propio juicio del que haga uso, aunque debe indicar los puntos prioritarios.
- Las bases semánticas no deben generar distorsión interpretativa.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



**CAPÍTULO 3**  
**SALUTOGÉNESIS. MARCO CONCEPTUAL Y**  
**ANTECEDENTES**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

«La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que es cada vez más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano»

*Aldous Huxley*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

### 3.1. REVISIÓN CONCEPTUAL. SALUTOGÉNESIS

La primera búsqueda bibliográfica se centra en el concepto de la “salutogénesis”. El objeto de esta fue profundizar en la Teoría de la Salutogénesis de Aaron Antonovsky y los modelos que se engloban en el llamado «paraguas salutogénico».

Los datos que se presentan de esta revisión, son solo una muestra de la amplia búsqueda bibliográfica llevada a cabo. A continuación se detallan algunas de las estrategias de búsqueda ejecutadas<sup>19</sup> en diferentes bases de datos:

- ❖ En la Web Of Science:
  - *(TI=salutogenesis)* → 140 resultados
  - *(TI=salutog\*) NOT (TI=salutogenesis)* → 234 resultados.
- ❖ En Scopus:
  - *TITLE (salutogenesis)*→ 158 resultados
  - *TITLE (salutog\*) AND NOT TITLE (salutogenesis)* → 249 resultados.
- ❖ En EBSCOhost:
  - *“Salutogenesis” (título)* → 113 resultados.
  - *“Salutogenesis” (título) OR “Salutogenesis” (resumen)* → 374 resultados.
- ❖ Medline: *[Salutogenesis (Title/Abstract)]* → 397 resultados

---

<sup>19</sup> Resultados totales, actualizados a fecha de agosto de 2020

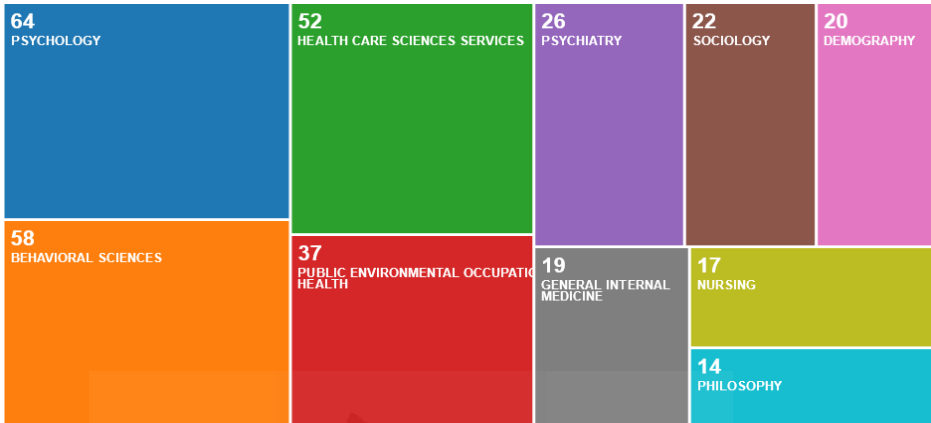


Sobre la distribución de los resultados por áreas de investigación o tipología de documentos, así como la evolución histórica de las publicaciones en relación al concepto de activos, se expone como ejemplo los resultados obtenidos de la primera búsqueda bibliográfica realizada en la base de datos Web of Science (WOS).

En consecuencia, de los documentos titulados con el concepto de *“salutogenesis”*, no se pudo acceder a 22 de los 140 resultados, y encontramos que entorno al 40% son trabajos categorizados como del ámbito de la psicología y ciencias del comportamiento (mayoritariamente sobre el SOC, y en un caso refiriéndose al estrés en el trabajo o Burnout). El 26% de ellos también se etiquetan como estudios de «salud pública», y en un 12% pertenecen al campo de la enfermería (figura 3.1). Más allá del ámbito de la enfermería, refiriéndose al sistema sanitario y la atención a la enfermedad, encontramos en torno a 23 documentos, de los cuales 8 son del campo de la psico-oncología.

Según la tipología de los resultados obtenidos, más de la mitad de los documentos identificados son artículos, mayoritariamente textos explicativos teórico-conceptuales sobre la salutogénesis y desde un ámbito interdisciplinar (cerca del 20% del total), algunos estudios longitudinales, y muy pocos experimentales. El 18% son documentos de reuniones y/o conferencias, un 9% cartas al director o editoriales, y solo un 4% capítulos de libro.

**Figura 3.1: Resultado de búsqueda en la Web Of Science.**  
***Tl=salutogenesis***

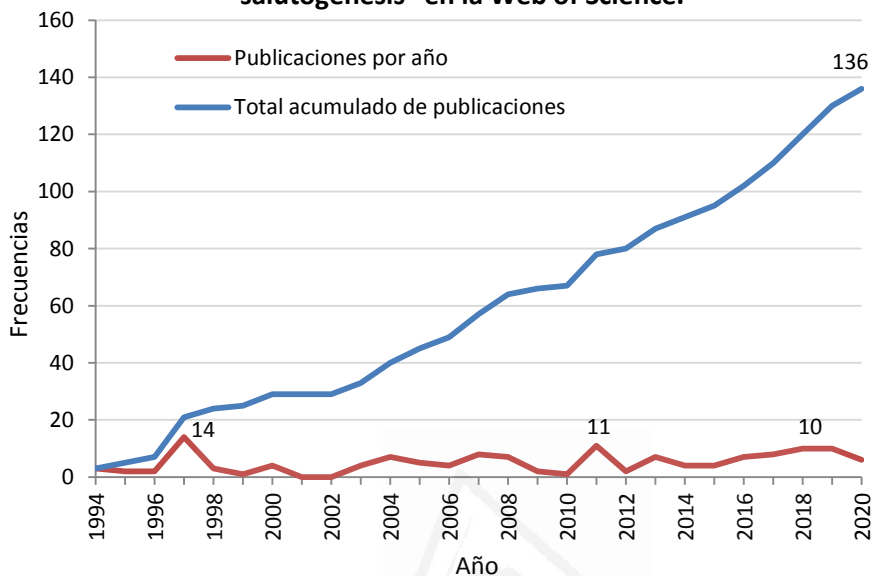


Fuente: Elaboración propia.

En la figura 3.2 podemos ver el histórico de publicaciones por años y total acumulado según la Web Of Science. Los años donde más predominan la cantidad de documentos publicados son a mediados de los 90s y a partir de 2011. Este gráfico es imagen de la cada vez mayor influencia del enfoque salutogénico en el ámbito de las ciencias sociales y ciencias de la salud.

A pesar de que el concepto de salutogénesis fue introducido por Aaron Antonovsky hace casi cuatro décadas, otros autores han dedicado su extensa carrera científica a profundizar en este enfoque con numerosas publicaciones. Como son Bengt Lindstrom, Monica Eriksson, Eva Langeland o Maurice Mittelmark. Se observa la influencia de los países europeos nórdicos, como Alemania (25%), Noruega (7%), Suecia (6%) o Dinamarca (4%), y como es lógico el idioma anglosajón en un 60% de las publicaciones.

**Figura 3.2: Histórico de publicaciones sobre "salutogénesis" en la Web of Science.**



Fuente: Elaboración propia.

Por medio de la estrategia de búsqueda utilizando en el título con operadores de truncamiento [p.ej. *"TITLE (salutog\*) AND NOT TITLE (salutogenesis)"*], se obtiene mayor número de estudios que incluyan sufijos diferentes. En Scopus por ejemplos se obtuvieron 249 documentos, de los cuales 181 son artículos (45% campo de la medicina general, 14% ciencias sociales, 12% psicología,...) y 27 capítulos de libro fundamentalmente del ámbito de la psicología (32%) y de las ciencias sociales (25%).

A continuación, resumimos en la tabla 3.1 los documentos (artículos, libros, trabajos doctorales, guías o informes) que se han considerado más relevantes en el desarrollo del enfoque salutogénico desde la definición conceptual por Aaron Antonovsky, incluidas su obras principales.

**Tabla 3.1: Documentos de revisión conceptual “salutog\*/enesis”.**

Fecha	Título	Autores	Tipo de documento	Ámbito
1979	Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being	Antonovsky	Libro. Explicativo	Salutog. Psicología
1987	Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well	Antonovsky	Libro. Explicativo	Salutog. Psicología
1990	A somewhat personal odyssey in studying the stress process	Antonovsky	Artículo. Explicativo	Psicología
1993	Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility.	Antonovsky	Artículo. Explicativo	Salutog. Psicología
1995	Adhalesis, salutogenesis, and nursing practice	Mason	Artículo. Conceptual	Cuidados
1995	The origins of health and strength - From salutogenesis to fortigenesis	Strümpfer	Artículo. Explicativo	Psicología
1995	Living on the margin: a salutogenic model for socio-economic differentials in health	Charlton y White	Artículo. Explicativo	Salutog. Salud Pública
1996	The salutogenic model as a theory to guide health promotion	Antonovsky	Artículo. Explicativo	Salutog. Salud Pública
1996	How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance	Levin	Artículo. Explicativo	Salud Pública. Religión

1998	Talking with women about personal health resources in general practice - Key questions about salutogenesis	Malterud y Hollnagel.	Artículo. Investigación-acción	Sistema de salud. Cuidados
1999	Resources revisited: Salutogenesis from a lay perspective	Cowley y Billings.	Artículo. Descriptivo	Enfermería. Cuidados
2004	Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping	Johnson	Artículo. Descriptivo transversal	Psicología. SOC y autoestima
2005	Salutogenesis	Lindström y Eriksson.	Artículo. Explicativo	Salutog.
2006	Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development	Lindstrom y Eriksson.	Artículo. Explicativo	Salutog. Salud pública
2007	Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems.	Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, <i>et al.</i>	Artículo. Explicativo	Psicología Cuidados
2007	A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case?	Eriksson, Lindstrom y Lilja.	Artículo. Descriptivo (cuantitativo)	Psicología. SOC
2008	A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter	Eriksson y Lindström.	Artículo. Modelo teórico	Salutog. Salud pública
2009	Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS)	Bringsén, Andersson y Ejlertsson.	Artículo. Analítico Escala	Salutog. Salud pública
2009	The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study	Lindström y Eriksson.	Artículo. Explicativo	Salutog. Salud pública

2010	Inner strength-A theoretical analysis of salutogenic concepts	Lundman <i>et al.</i>	Artículo. Explicativo	Psicología. Cuidados
2010	Formación en salutogénesis y activos para la salud	Hernán, Morgan, y Mena (ed.)	Libro. Explicativo	Salutog.
2010	The Application of Salutogenesis in Communities and Neighborhoods	Vaandrager y Kennedy.	Capítulo Libro.	Salutog.
2010	The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health	Eriksson.	Capítulo Libro.	Psicología. SOC
2011	Salutogenesis as Heuristic for Resource-Oriented Management Studies	Muller-Christ.	Capítulo Libro.	Salutog. Economía
2011	Salutogenesis, globalization, and communication	Petzold y Lehmann.	Artículo. Explicativo	Psicología.
2011	Patrimonio de salud ¿son posibles las políticas salutogénicas?	Álvarez-Dardet y Cantero	Artículo. Explicativo	Salutog. Salud pública
2011	Salutogenic factors for mental health promotion in work settings and organizations	Graeser.	Artículo. Analítico	Psicología
2011	Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud	Lindström y Eriksson.	Guía. Explicativa	Salutog. Salud pública
2011	Salutogenesis and culture: Personal and community sense of coherence among adolescents belonging to three different cultural groups	Braun-Lewensohn Y Sagy.	Artículo. Exploratorio SOC	Psicología. SOCC

2011	Promoting mental health and salutogenesis in transcultural organizational and work contexts	Mayer y Krause.	Editorial. Explicativo	Psicología. Trabajo
2013	Salutogenic Organizations and Change	Bauer y Jenny (ed.)	Libro.	Salutog
2014	Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación	Ruano y Mercé	Revisión bibliográfica	Salutog.
2014	Salutogenesis: the defining concept for a new healthcare system	Jonas, Chez, Smith y Sakallaris.	Artículo. Revisión teórica	Salutog. Sistema de salud
2014	Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky	Benz, Bull, Mittelmark y Vaandrager.	Artículo. Meta-síntesis	Salutog.
2015	Suffering and salutogenesis	Oliveira.	Artículo. Explicativo	Psicología. Trabajo
2015	Salutogenesis: Contextualising place and space in the policies and politics of recovery from drug dependence	Parkin.	Editorial. Exploratorio	Salutog. Socio-ecológ.
2017	The utility of salutogenesis for guiding health promotion: the case for young people's well-being	Garcia-Moya y Morgan.	Artículo. Revisión crítica	Salutog. Jóvenes

Fuente: elaboración propia.

### 3.2. MODELO SALUTOGÉNICO DE ANTONOVSKY

“Espero que quede claro a su debido tiempo que mi preocupación no es una objeción semántica y que (aquí), como en toda la ciencia, la forma en que se plantea la pregunta es crucial para la dirección que uno toma al buscar las respuestas” (Antonovsky, 1973, p.12).

Con ésta declaración de intenciones, Aaron Antonovsky comienza el capítulo primero *Studying Health Instead of Disease* de su primer libro *Health Stress and Coping* (1979). Rebelarse contra la corriente principal de pensamiento y buscar las preguntas correctas parecían ser las dos características más sobresalientes de Antonovsky (Mittelmark *et al.*, 2017, p.15).

Las palabras atribuidas a Mark Twain: "Cuando te encuentres del lado de la mayoría, es hora de hacer una pausa y reflexionar" (Antonovsky y Sagy, 2017, p.16) pueden ser las mismas que Antonovsky tuviera en mente cuando en su largo periodo de investigación fue evolucionando y variando su foco de atención, situado inicialmente en los factores de riesgo para la salud bajo el imperante modelo biomédico, para pasar a desarrollar investigaciones sobre clases sociales, discriminación, desigualdad, inmigración o minorías étnicas, completando así su doctorado en sociología, hasta desarrollar su teoría fundamental: la teoría salutogénica.

Antonovsky comenzó oponiéndose firmemente a la definición de salud comúnmente aceptada y propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando afirma: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o enfermedad", por considerarla una definición demasiado



optimista y no operativa por su globalidad y la dificultad de ponerla en práctica debido a la imposibilidad de separar lo físico de lo mental y lo social (Antonovsky, 1979, p.52). Igualmente se posicionan Breslow (1972, como se citó en Mittelmark *et al.*, 2017, p.37) y sus compañeros calificando dicha definición como abstracta, filosóficamente utópica, engañosa y estática. Pero lo que más preocupaba a Antonovsky (1979) es el «imperialismo médico» (p.53) al que está sujeta la definición al asumir que todo en la vida cae dentro de la jurisdicción del sistema sanitario y en aquellos que lo controlan. En su opinión,

“[...] la definición de la OMS no habla del bienestar físico (tal vez incluso tampoco del emocional) como aquel que es modelada o interactúa con el bienestar social. Declara rotundamente que todo lo que las personas sienten sobre como bienestar es parte de la salud y, por lo tanto, está dentro de la jurisdicción de la institución de salud. A partir de aquí,... todos los aspectos sobre el bienestar de una persona están bajo el control de aquellos que controlan la institución” (Antonovsky, 1979, p.53).

Antonovsky prefería la definición de salud de Dubos (1968, como se citó en Antonovsky, 1979, p.53) que entiende por salud “un *modus vivendi* que permite a los hombres imperfectos lograr una existencia gratificante y no demasiado dolorosa con un mundo imperfecto” (p.53), idea que desarrollaremos posteriormente al explicar la teoría salutogénica.

En cualquier caso, la creación de la OMS y dicha definición marcaron el inicio de un cambio de paradigma sanitario, social y político para entender la salud y trabajar en su desarrollo. En los años sesenta y setenta del pasado siglo, se llevaron a cabo, aunque de forma incipiente,

algunas iniciativas de salud comunitaria que contemplaron por primera vez las condiciones sociales, económicas y laborales que influyen en la salud de las personas, especialmente de los más desfavorecidos. Sin embargo, los programas que entonces se desarrollaron con más fuerza y que también prevalecen hoy en día en el marco de la promoción de la salud, son aquellos que dan énfasis a la “educación para la salud”. Las estrategias que se implantan en este sentido siguen el modelo vertical *top-down* propio del enfoque biomédico y paternalista, y otorgan a las personas la responsabilidad individual de su propia salud. Como algunos autores refieren (Aviñó, 2017), trabajar desde la vertiente de la promoción de la salud y la educación para la salud sin tener en cuenta la influencia de factores como la acción política o la condición socioeconómica, y culpabilizando y responsabilizando a los individuos de los resultados, es lo que Castiel y Álvarez-Dardet (2007) denominan como «salud persecutoria».

Sin embargo, el ámbito de la promoción de la salud ha ido evolucionado desde la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en 1986. La OMS (1986) reconoció la responsabilidad de los individuos, pero enfatizó la importancia de los determinantes estructurales de la salud y la creación de entornos favorecedores por lo que, además de la responsabilidad exclusivamente individual, se reconoce también la responsabilidad política y social. En la última década, la promoción de la salud está pasando de una preocupación casi miope sobre los estilos de vida de las personas en su educación para la salud, a una preocupación por los procesos para empoderar a las personas y las comunidades con el objeto de controlar y decidir en su propia salud (Mitterlmark, Bull, Daniel y

Urke, 2017). Esto implica dejar de ver la salud como un fin último, a entenderla como un recurso para la vida cotidiana, un medio para lograr el completo estado de bienestar (Bauer, 2017; Mínguez, 2013, p.42), requiriendo que sea el individuo y la comunidad quienes identifiquen las necesidades para la salud, y determinen los factores que la facilitan. Aldana (2001, como se citó en Grawitch, 2010) definió los programas de promoción de la salud como "esfuerzos que mejoran conciencia, cambiar el comportamiento y crear entornos que respalden las buenas prácticas de salud" (p.297). (Grawitch, Gottschalk y Munz, 2010)

Hemos dicho que Aaron Antonovsky era reconocido, por aquellos que le acompañaban en su vida personal e investigadora, por su capacidad de hacer la pregunta correcta. Así bien lo expresa Kickbusch (1996) en su artículo *Tribute to Aaron Antonovsky - What creates health*: "... no hay nada más práctico y eficiente que hacer la pregunta correcta... Aaron Antonovsky siempre tuvo el coraje de formular la pregunta correcta: ¿cómo se crea la salud?" (p.5) (Antonovsky y Sagy, 2017). Esta cuestión central se puede desagregar en otros interrogantes que Antonovsky se planteó en el desarrollo de su modelo salutogénico (tabla 3.2).

**Tabla 3.2: Cuestiones formuladas por Aaron Antonovsky en su Teoría de la Salutogénesis.**

- ¿Cómo algunas personas se manejan para estar razonablemente sanos? (p.8).
- ¿De dónde sale la fuerza? (p.7).
- ¿Cómo se explica que un individuo cualquiera, en este mundo miserable, no enferme? (p.79).
- ¿Cuál es la respuesta del organismo en la confrontación contra los estresores? (p.93).
- ¿Qué determina que un estado de tensión se transforme en un estado de estrés (patológico) o por el contrario tenga resultados saludables? (p.96).
- ¿Cómo manejamos la tensión y prevenimos que ésta nos conduzca al estrés? (p.99).
- ¿Qué es lo que determina que haya un exitoso manejo de la tensión? (p.97).
- ¿Cómo se evita que los potenciales factores de estrés se conviertan en patogénicos? (p.79).
- ¿Podemos describir los grupos sociales como caracterizados por factores estresantes? (p.91).
- ¿Qué es lo que forma las experiencias de tu vida? (p.189).

(Antonovsky, 1979)

Fuente: Elaboración propia de *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, por A. Antonovsky, 1979, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Para Aaron Antonovsky (1923- 1994)<sup>20</sup> el problema del enfoque patogénico y la necesidad de adoptar el modelo salutogénico es una cuestión fundamentalmente filosófica y, como consecuencia, también metodológica. (Mittelmark *et al.*, 2017, p.27)

---

<sup>20</sup> Aaron Antonovsky nació en los Estados Unidos en 1923, cinco años después del final de la Primera Guerra Mundial y seis años antes del estallido de la Gran Depresión. Sus padres y su hermana mayor habían huido de Rusia unos años antes, viajaron a Inglaterra y Canadá hasta establecerse finalmente en Nueva York. De niño su entorno social consistía en familias inmigrantes, mayormente judíos de clase baja, si bien sus padres se esforzaron en darle una buena educación. En su adolescencia, absorbido por una ideología progresista, estuvo muy involucrado socialmente y participó en varios movimientos como el HaShomer HaTza'ir, un movimiento juvenil sionista socialista. A través de estas experiencias adolescentes y su carrera profesional, vemos las raíces de su teoría salutogénica. Su mantra «¡Haz la pregunta correcta!» para conseguir respuestas relevantes y solucionar problemas, deriva de dichas experiencias donde siempre mostraba su tendencia a cuestionar el mundo y a rebelarse contra lo que creía que estaba mal. (Antonovsky y Sagy, 2017, p.16)

Tras luchar en el Pacífico durante la Segunda Guerra Mundial, tuvo un periodo de transición entre 1955-1975 que culminó con la publicación de su primer libro *Health Stress and Coping* en 1979 como resultado de muchos años de trabajo e investigación. Durante esos años se casó, tuvo un hijo y acabó viviendo en la ciudad de Beer Sheva donde ayudó a establecer una nueva escuela de medicina humanista-social con orientación comunitaria. En cuanto su actividad profesional, Antonovsky trabajaba en diferentes estudios sociológicos sobre inmigración, cultura y clase social, finalizó en 1956 su tesis doctoral -en la que investigó las respuestas, de afrontamiento cognitivo de grupos minoritarios o marginales, a factores estresantes psicosociales estructurados socialmente-, y fue coautor y autor de varios libros como *Poverty and health* (1969) entre otros. En éste libro Kosa, Antonovsky y Zola se plantean la siguiente pregunta: "¿Cuáles son los factores estresantes en las vidas de los pobres que subyacen al hecho de que, con respecto a todo lo relacionado con la salud y la enfermedad, los pobres están jodidos?" (Antonovsky, 1979, p.3). El libro *Health Stress and Coping* (1979) recoge 15 años de trabajo en éste campo y fundamentalmente las conclusiones del estudio realizado a mujeres que estuvieron internadas en campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, donde prestó atención al veintinueve por ciento de las mujeres que referían estar sanas (física y mentalmente) a pesar de haber experimentado dichas condiciones traumáticas. Aquí Antonovsky llegó a comprender que la enfermedad y la entropía (desorden) de los procesos homeostáticos ocurren habitualmente dando lugar como resultado a una patología. Éste es el comienzo de su distanciamiento frente al enfoque patogénico (o biomédico): el enfoque salutogénico. (Antonovsky, 1979)

Según este autor, son diversas las razones por las que la orientación patogénica está lejos de poder entender el misterio de cómo algunas personas se mantienen, durante un tiempo a lo largo de la vida, sin prácticamente dolor ni sufrimiento, sanas. La primera razón es que la orientación patogénica se centra en la enfermedad y su etiología obviando la interpretación subjetiva de la persona que está enferma y de la sociedad en la que se encuentra; se centra en el *disease*, olvidándose de la visión *illness* y *sickness*<sup>21</sup>. En segundo lugar, porque ésta relación unicausal enfermedad-etilogía del enfoque patogénico determina tratamientos exclusivos, bajo lo que se denomina *magic-bullet approach* (enfoque de “bala-mágica”): una patología, una cura. La tercera razón es la visión dicotómica del estado de salud de la población: sana (A.1) o enferma (B.1.a) (figura 3.3). Las personas son colocadas en una de las dos categorías según criterio de los profesionales del sistema sanitario, quienes buscan signos que sugieran perturbación en el organismo caracterizados por una alteración estructural o cambio bioquímico. A partir de aquí, la persona según las indicaciones médicas debe asumir su rol de enfermo, deben adoptar la condición de paciente-usuario del sistema sanitario e ingresar en él; si no lo hacen, significa que están bien y el sistema niega toda responsabilidad sobre ellos. Por otro lado, dentro del grupo de personas que acceden al sistema sanitario, se pueden discernir lo que Antonovsky define como “categorías residuales”: (B.2) aquellos en los que no se encuentra ningún

---

<sup>21</sup> Según la distinción terminológica anglosajona: “*disease*” es la alteración orgánica descrita en el corpus teórico de la medicina, “*illness*” es la concepción que tiene o experimenta el propio individuo, y “*sickness*” es el significado social de los desórdenes conductuales o biológicos que se convierten en hechos sociales significativos en ese contexto. (Mínguez, 2013)

signo objetivable de una patología particular (hipocondríacos, enfermos fingidos, perturbaciones cognitivas), y (B.1.b) aquellos que habiéndose sometidos a un examen de diagnóstico no se obtienen datos adecuados para su clasificación como enfermos aunque es objetivable que algo funciona mal (figura 3.3). (Antonovsky, 1979, p.40)

**Figura 3.3: Clasificación dicotómica salud-enfermedad.**

**A) No paciente**

1. Con salud
2. Con enfermedad
  - a. sentirse mal en general
  - b. enfermo con diagnóstico de una "enfermedad" particular definida por uno mismo o por otra persona

**B) Paciente**

1. Enfermo
  - a. con signos suficientemente claros para permitir la subclasificación como
    - (1) un caso de enfermedad X
    - (2) un caso de enfermedad Y
    - (3) un caso de enfermedad  $n$
  - b. con signos insuficientes para permitir la subclasificación de enfermedades específicas
2. No enfermo: enfermo fingido, hipocondríaco, o persona con trastornos emocionales

Fuente: adaptado de *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being* (p.41), por A. Antonovsky, 1979, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

De forma paralela y directamente relacionado con las cuestiones conceptuales, el modelo biomédico-patogénico también demuestra Antonovsky (1979) tener algunos problemas metodológicos: (1) el “*overlap*”, la superposición o coincidencia de datos válidos tanto para un ratio/categoría como para otro diferente; (2) la confusión conceptual en parte inevitable entre «factores de riesgo – patologías – consecuencias» que varía según la definición cultural adoptada (como ocurre por ejemplo en nuestra sociedad que interpreta el alcoholismo o la obesidad como una patología, y el consumo de tabaco como un factor de riesgo; (3) el fenómeno “*iceberg*”, refiriéndose a los datos perdidos que el enfoque patogénico no llega a detectar o pasan desapercibidos y alejan la realidad de la información obtenida; y para concluir, (4) la sobreestimación en la prevalencia de una patología al formular preguntas y definiciones orientadas patológicamente. Siguiendo éstas definiciones tradicionales se obtiene un número mucho mayor de personas enfermas de lo que realmente uno podría pensar. (Antonovsky, 1979)

La Salud Pública, y en ella los epidemiólogos, toma una perspectiva más integral centrándose en los grupos poblacionales, en el control del medioambiente y la prevención de la enfermedad o su detección precoz. Pero al igual que el resto de clínicos, su núcleo central es la enfermedad y la correspondiente clasificación dicotómica, propia de la orientación patogénica sobre la que se cimenta. (Antonovsky, 1979, p.47)

Por todo lo anterior, Antonovsky (1979) propone una nueva mirada al proceso de la vida y se hace una pregunta que busca responder: ¿Por qué la gente se mantiene saludable? (p.35). Para



describir todo su trabajo en un único modelo o teoría que da respuesta a dicha cuestión, optó por hacer uso de un neologismo de forma. La “salutogénesis” proviene de las palabras en latín *salus* (salud) y del griego *genesis* (origen), y se refiere al «origen de la salud».

Para entender la transcendencia del modelo salutogénico y su influencia en el cambio de paradigma conceptual de la salud y la vida humana, es preciso conocer los razonamientos de Antonovsky sobre las experiencias de vida, los estresores y manejo de la tensión, y discernir lo que concibe por Recursos Generales de Resistencia y cómo estos se relacionan a través del Sentido de Coherencia -eje central de su teoría-. De forma muy simplificada, la teoría salutogénica se puede resumir como el siguiente esquema lineal:

Recursos de Resistencia (RR) → + Sentido de Coherencia →  
+uso de RR → + salud

(Antonovsky, 1996, p. 15)

Comenzaremos por comparar la salutogénesis con la tradicional orientación patogénica en un primer paso para entender mejor la relevancia del modelo de Antonovsky (1996):

- En contraposición con la clasificación dicotómica de la población -en sana o enferma- propia de la orientación patogénica, la salutogénesis plantea un *continuum* «facilidad/no facilidad para la salud», en palabras de Antonovsky lo conceptualiza como “*health ease/dis - ease continuum*” o “*breakdown continuum*”.
- En lugar de los factores de riesgo que toma en consideración la patogénesis, la salutogénesis ilumina los factores saludables que promueven activamente la salud y ayudan a las personas a moverse en la dirección de la salud positiva.
- En contraste con el modelo tradicional que centra su atención en la patología, la discapacidad, o la necesidad particular de una

persona, la salutogénesis adopta una visión más integral del individuo, prestando atención a su entorno y procurando trabajar con los recursos (personales, grupales, físicos...) de su comunidad. El primero origina en la persona y su comunidad un sentimiento de dependencia, mientras que el segundo favorece la autoestima personal y el Sentido de Coherencia (Rivera, López, Ramos y Moreno, 2011a).

Es precisamente en este *continuum* donde Antonovsky encuentra puntos comunes con la Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy. Esto queda explicado en su segundo libro *Unraveling the Mystery of Health-How People Manage Stress and Stay Well* (1987) que muestra su percepción del mundo (Eriksson, 2017). En él se señalan tres ideas importantes como trasfondo ontológico de toda su teoría: (1) el ser humano no es, como propone la orientación patogénica, una máquina perfecta que tiende a estropearse puntualmente y con el paso del tiempo y, a la que hay que reparar, sino todo lo contrario, el ser humano es inherentemente defectuoso con tendencia a la salud; (2) ve al hombre en interacción con su entorno; y (3) percibe la vida cotidiana como constantemente cambiante, donde la heterostasis y el caos, desorden o entropía, son la norma y no la excepción. Para el individuo, el desafío es manejar el caos y encontrar estrategias y recursos disponibles para hacer frente a las nuevas experiencias de vida. Está inmerso en un proceso inestable, activo y dinámico de constante autorregulación y adaptación a los cambios acaecidos. En otras palabras, Antonovsky dice que la entropía está en el organismo humano, como en cualquier otro sistema. (Antonovsky, 1987; Eriksson, 2017)

Es observable el tinte pesimista que impregna la filosofía salutogénica de la teoría de Antonovsky, centrándose en el caos o

desorden, en la respuesta adaptativa y continuamente cambiante frente a diversos estímulos que se pueden manifestar como estresores, definiendo a todos los seres humanos como «casos terminales» que están sanos o tienden a la salud mientras tengan un aliento de vida. El enfoque salutogénico fija su mirada en el «caso desviado», a diferencia del enfoque patogénico que se centra en confirmar la hipótesis (Antonovsky, 1987, p.541).

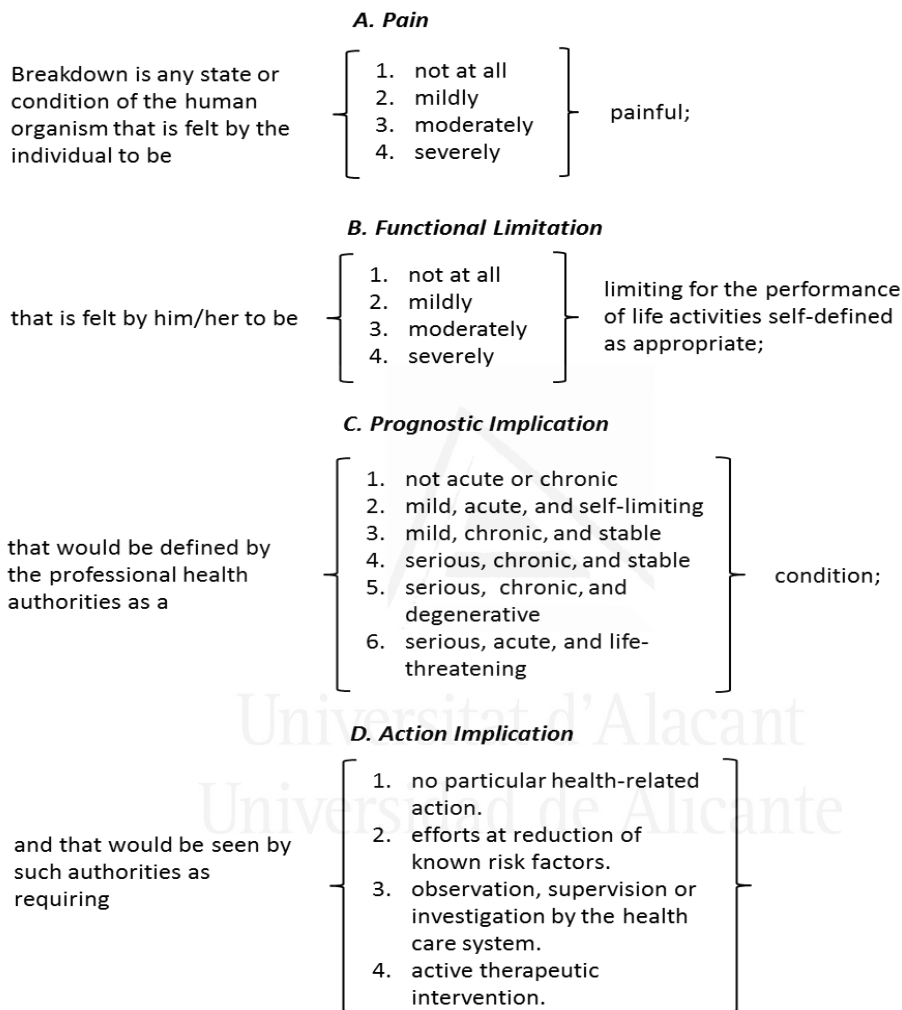
Influenciado por la Teoría de Facetas de Guttman (1974) basada en la suposición de que fenómenos sociales son entendidos mejor cuando son vistos como multidimensionales, Antonovsky (1979) utilizó ésta metodología (*mapping-sentence*) para definir el *breakdown continuum* o como él prefería referirse el “*health ease/dis - ease continuum*, que queda definido a partir de cuatro facetas: *pain* (dolor), *functional limitation* (limitación funcional), *prognostic implication* (pronóstico), y *action implication* (acciones). Asignando una puntuación a cada una de las cuatro facetas, según la figura 3.4, se puede describir el estado particular (perfil) que una persona ocupa en el *continuum*, desde un estado de mala salud (1x1x1x1) hasta el perfil de salud perfecta o nivel máximo de salud (4x4x6x4), si bien sepa el lector que la orientación salutogénica no está preocupada en explicar este grado de máxima salud. Veamos cada una de estas facetas:

1. *Pain*: Aunque “ninguno de nosotros tenemos dificultades para saber a qué nos referimos cuando decimos que duele -sea cual sea el idioma-”, a menudo el término dolor (dentro del imperialismo médico) se utiliza indistintamente para expresar sensaciones negativas como la muerte de un ser querido o algunas tan cotidianas como perder un partido o suspender una prueba de examen. Antonovsky estaba convencido de que el

dolor era particularmente subjetivo, por lo cual se debería permitir a la persona determinar su estado o condición. Antonovsky preguntaría: *“Is there any state or condition of your health, general or specific, that you feel is painful?” “Do you have no painful condition, mild pain, moderate pain, severe pain?”* (Antonovsky, 1979, p.58).

2. *Functional Limitation*: es el sentido del desempeño que adopta un individuo en base a sus expectativas personales de rol social y enmarcado en la categoría socialmente establecida. Es el hecho de pasar de *illness* a *sickness*. Y Antonovsky preguntaría: *Does the state or condition of your health prevent you from carrying out the activities of living that you feel it is appropriate for you engage in –no limitation, mil limitation, moderate, limitation, severe limitaion?”* (Antonovsky, 1979, p.57).
3. *Prognostic Implication*: Antonovsky sugiere que un mismo set de signos y síntomas es catalogado de forma diferente según las diversas culturas que le otorgan una implicación pronóstica distinta en base a tres ejes: la severidad de tal condición, si se es aguda o crónica, y si es visto como una condición limitante, estable o degenerativa.
4. *Action Implication*: Una condición dada (p.ej: obesidad, caries, malformación...) o comportamiento (p.ej: fumar, anticoncepción,...) puede o no considerarse un comportamiento saludable según diferentes culturas. Todas las culturas tienen normas sobre una acción apropiada de respuesta, incluidas las respuestas de inacción u omisión. Antonovsky preguntaría: *“Considering all aspects of the person’s health, would you say that he or she requires –no particular health-related action; efforts at reduction of known risk factors; observation, supervision, or investigation by the health care system; active therapeutic intervention”* (Antonovsky, 1979, p.64).

**Figura 3.4: Definición por facetas del “health ease/dis - ease continuum”.**



Fuente: adaptado de *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being* (p.65), A. Antonovsky, 1979, Jossey-Bass Publishers.

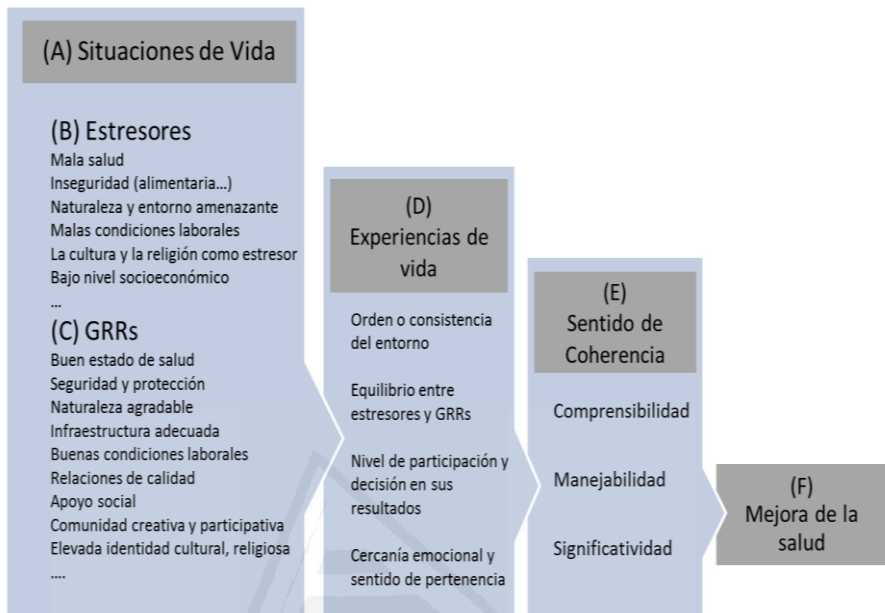
Según la posición que ocupa una persona en el *continuum*, hay que determinar las estrategias o acciones en salud específicas, que Lindström, Erikson y Wikström explican en su metáfora del «río de la vida» (Eriksson y Lindström, 2008). Según estos autores, y siguiendo con la metáfora, nos debemos cuestionar las siguientes preguntas: cómo de peligroso es el río; cómo de bien sabe una persona nadar en el río -en un tiempo dado y contexto determinado-; y qué hace que una persona avance más o menos hacia la salud en ese continuum. Según el nivel en el que uno se encuentre, las acciones específicas serán las siguientes: la promoción para la salud (las personas saben nadar y como mejorar su salud de forma proactiva), educación para la salud (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).

Según la metáfora, en la parte más alta del río se sitúa el máximo grado de salud y bienestar, y corriente abajo se llega a la cascada que representa la enfermedad. Sin embargo, la orientación de la vida no va cascada abajo sino que sigue la dirección horizontal. Cuando nacemos caemos en el río de la vida y tenemos que aprender a nadar en él. Algunas personas nacen en un alto nivel de bienestar, donde las condiciones de vida son buenas, y las aguas más calmadas; otras personas nacen cerca de la cascada, en el extremo de 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 experimentar situaciones que suponen un riesgo para la salud. Sin embargo, Antonovsky bien indica que el propio hecho de nacer en unas condiciones favorables ya supone tener un importante recurso de

resistencia a los estresores. A medida que avanzamos en la dirección horizontal de la vida, las personas aprendemos de nuestras experiencias, adquirimos habilidades o recursos (que guardamos en una mochila) y que somos capaces de identificar y utilizar posteriormente para mejorar nuestra salud y la vida (Aviñó, 2017; Lindström y Eriksson, 2011). En definitiva, Antonovsky (1993; 1996), Lindström y Erikson instan a centrar los esfuerzos en descubrir y fortalecer aquellas capacidades que crean salud al individuo y no aquellas que destruyen, limitan o causan enfermedad (Hernán *et al.*, 2010).

Desarrollando el esquema sintético anteriormente referido ( $RR \rightarrow +SOC \rightarrow +uso \text{ de } RR \rightarrow + \text{ salud}$ ), Aaron Antonovsky propone la Teoría de la Salutogénesis como una guía para el estudio y la práctica de acciones en promoción de la salud. La figura 3.5 muestra las ideas centrales de este modelo: En un punto dado del “*health ease/dis - ease continuum*”, los determinantes de la salud, incluidos los factores idiosincráticos particulares, el contexto socio-cultural e histórico, e incluso el azar, obran como estímulos de las nuevas situaciones de vida que ha de afrontar el individuo (A). Estos estímulos serán percibidos o no como estresores (B) y conducirán a una posición menos o más favorable en el *continuum* según la disponibilidad de los llamados Recursos Generales de Resistencia (C). Todo ello conduce a un conjunto de experiencias de vida (D) que permiten afrontar adecuadamente nuevas situaciones, conformando nuestro Sentido de Coherencia (E), y avanzar en nuestro estado de salud (F). (Antonovsky, 1996)

**Figura 3.5: Modelo salutogénico de Aaron Antonovsky.**



Fuente: Adaptado de “Assets for well-being for women living in deep poverty: through a salutogenic looking-glass” (p.161) por T. Bull, M.B. Mittelmark, y N.E. Kanyeka, 2013, *Critical Public Health*, 23(2).

Sin embargo, ya en su primera obra de 1979, Antonovsky desarrollaba de forma detallada la relación de todos estos conceptos, como aparece reflejado en la figura 3.6.

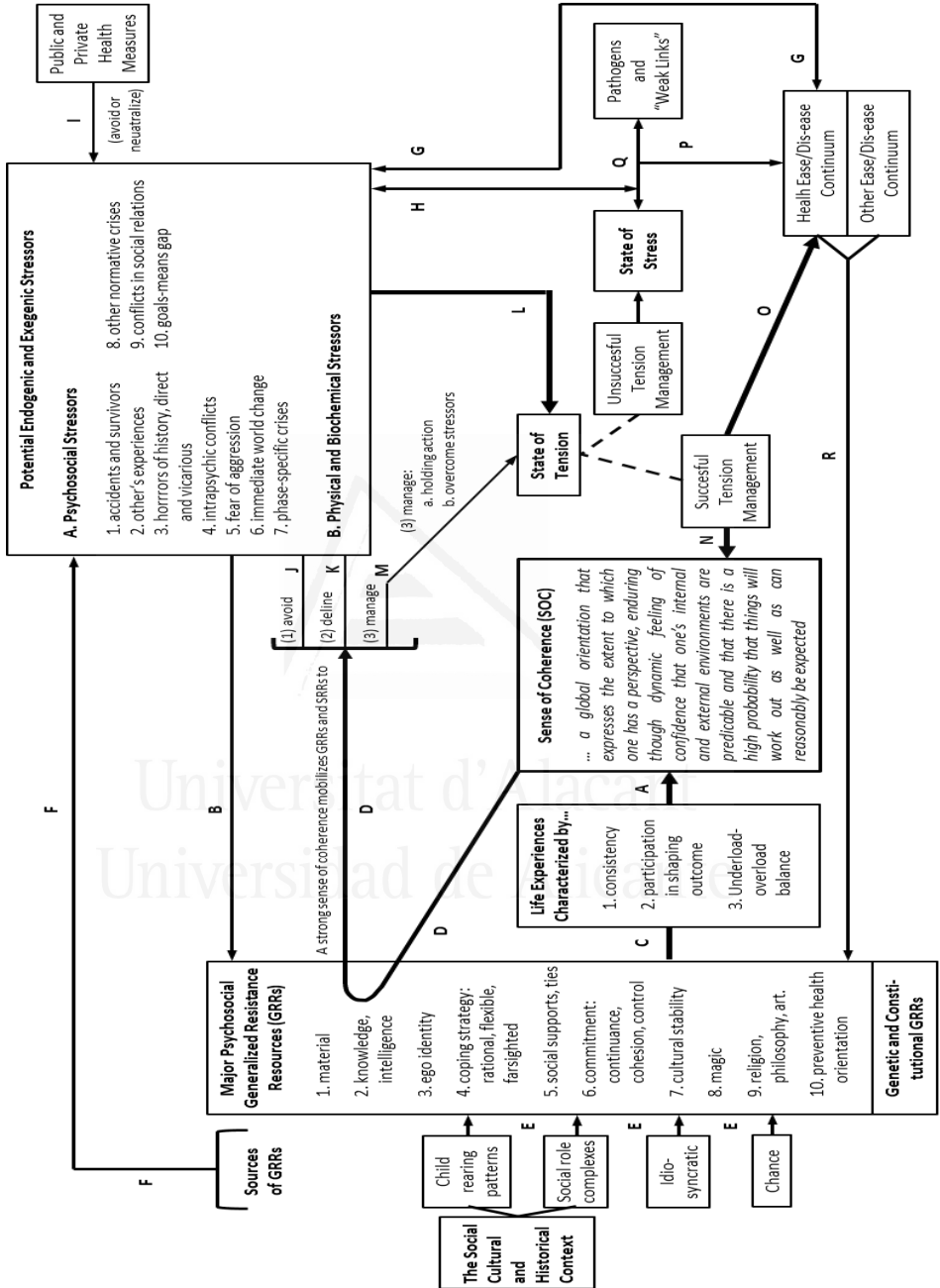
El contexto del individuo (roles sociales, patrones de crianza...), junto a los factores idiosincrásicos particulares y también el azar, dan forma a los Recursos Generales de Resistencia (GRR), aunque también pueden ser fuente de estresores (flechas E y F). Los estresores físicos y bioquímicos -de una patología determinada- y el estrés -o distrés- a su vez afectan a los GRR que están a nuestra disposición (flecha B) e influyen directamente en el estado de salud del “*health ease /dis-ease continuum*” interactuando con otros patógenos endógenos y otros



estresores psicosociales (flechas G, H, P y Q). Por otro lado, los recursos GRR nos proporcionan un conjunto de experiencias coherentes (línea C) que dan forma a nuestro Sentido de Coherencia (flecha A) en nuestra vida y nuestro *“health ease /dis-ease continuum”*. El Sentido de Coherencia (SOC) es nuestra conciencia del mundo y de nosotros mismos, un recurso del que disponemos en mayor o menor medida, y que frente a nuevas o repetidas experiencias de vida, moviliza los GRR a modo de respuesta definiendo los estímulos como estresores o no estresores (flechas D y M, líneas J y K). La abundancia de estímulos estresores crea un estado de tensión que afrontado inadecuadamente conduce a un estado de estrés (flecha L). Al contrario, un manejo adecuado de la tensión fortalece el SOC y permite mantenernos o incluso mejorar nuestro estado de salud (flechas N y O). Un buen estado de salud en el *“health ease /dis-ease continuum”* resulta por sí mismo un GRR y facilita la adquisición de otros GRR (flecha R). (Antonovsky, 1979, p.184)

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Figura 3.6: Teoría de la Salutogénesis de Aaron Antonovsky.

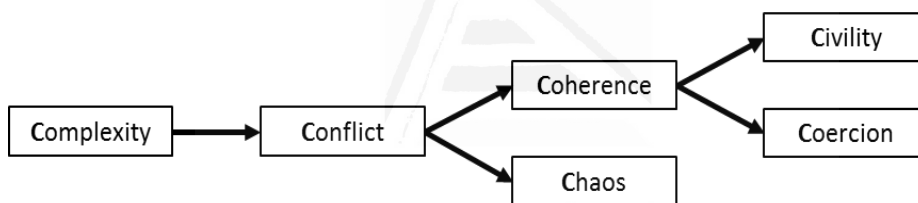


Fuente: adaptado de *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being* (p.185), por A. Antonovsky, 1979, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

### 3.2.1. Estresores, manejo de la tensión y estrés

Se ha hablado ya del trasfondo ontológico de la Salutogénesis: el hombre es un ser inherentemente defectuoso, caracterizado por la heterostasis y la entropía, y que se encuentra en constante y activa interacción con el entorno. Entonces, Antonovsky (1993) publicó un artículo sobre las «seis C» (Complejidad, Conflicto, Caos, Coherencia, Civismo y Coacción) para expresar su visión de la sociedad y del ser humano en ese contexto.

**Figura 3.7: Las «seis C» en la Teoría de la Salutogénesis.**



Fuente: adaptado de “Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility” por A. Antonovsky, 1993, *Social Science and Medicine*, 31(8)

Según la figura 3.7, la primera de las seis C es la de “complejidad”, la cual hace referencia al nivel de organización de un sistema. Cuanto mayor es la complejidad de los sistemas ambientales, mayor es la posibilidad de elección, de flexibilidad, de cambio adaptativo, de autopoiesis o de reorganización del sistema, aunque también será mayor la posibilidad de conflictos de intereses por diferentes las interpretaciones de la realidad. El “conflicto” se refiere a las tensiones internas del ser humano, a las tensiones entre personas,

entre el individuo y los supra-sistemas de los que forma parte, o a las tensiones entre tales supra-estados. Indica que lo importante es cómo conducimos estos conflictos en el día a día. El conflicto lleva a la tensión; por lo tanto, será crucial para la comunidad saber cómo manejar esta tensión y evitar el estrés. Individualmente es preciso que la información de experiencias vividas sea clasificada, codificada e integrada en el conocimiento acumulado, normas, habilidades, reglas y valores de la persona. Para hacerlo con éxito, debemos estar equipados con un conjunto interno, estable y complejo de capacidades de procesamiento de la información caótica. El “caos” puede ejemplificarse como violencia y guerra, aunque Antonovsky planteó otro camino a seguir, la “coherencia”. Es en este punto donde entra en juego el término clave de la teoría salutogénica, el Sentido de Coherencia, presentado como una oportunidad para gestionar y adaptarse a una vida de caos. A partir de aquí se pueden dar dos casos antepuestos: El “civismo” -uno de los valores básicos de la salutogénesis- que trata del respeto hacia otras personas viendo sus defectos pero también sus fortalezas; y lo contrario del civismo y respeto es la “coacción”. Antonovsky puntualiza que una sociedad basada en el respeto por las personas también requiere restricciones contra la dominación, la opresión y la pobreza. (Antonovsky, 1993; Eriksson, 2017)

La investigación y la praxis biomédica consideran tradicionalmente que los factores estresantes ocurren sólo ocasionalmente en una vida intrínsecamente suave y estable. Sin embargo, como se puede deducir del artículo de las seis C, Antonovsky opinaba que ésta forma de ver la vida y trabajar los factores estresantes no era realmente útil. Una visión más fructífera es ver el mundo como

caótico e inherentemente lleno de conflictos. Los estresores son, para Antonovsky (1979), omnipresentes en la existencia humana, y los define de la siguiente manera:

“Un estresor puede ser definido como una demanda surgida del medio interno o externo a un individuo que altera su homeostasis y cuya restauración depende de una acción no automática y no fácilmente disponible” (p.72).

Por lo tanto, se trata de factores inexorables, inevitables, que producen un desorden (entropía) en el medio interno o externo del individuo, que debe ser reorganizado a través de estrategias de acción y recursos de los que uno disponga para evitar caer en un estado de estrés o enfermedad. Por un lado, se asume la inherencia de los factores estresores: (1) constantemente entramos en nuevos contextos, nuevas etapas o nuevos roles que producen nuevos retos; (2) anticiparse en la respuesta a nuevas experiencias no garantiza que los nuevos cambios no sean percibidos como reales y generen un cierto grado de estrés; (3) todos los contextos sociales son inherentemente estresantes con o sin carga de estresores (*overload-underload*), ya que un contexto de subcarga (*underload*), en el que hay ausencia de nuevas demandas o cambios, actúa también como estresor (Antonovsky, 1979). Entra en contexto el concepto de entropía o desorden, que es lo contrario a la negentropía o sintropía (orden u homeostasis). Por último, y como veremos en los siguientes apartados, para lograr una óptima adaptación a los constantes cambios y manejar adecuadamente los episodios de tensión deberemos de contar con recursos de resistencia y un alto grado de coherencia.

Si es cierto que las demandas o los retos son inevitables y cambiantes, la medicina tradicional nunca podrá cerrar la brecha entre las demandas y los recursos de resistencia, al centrarse en la enfermedad específica (Antonovsky, 1972)

La diferencia entre un estresor y cualquier otro tipo de estímulo según Antonovsky es una cuestión de grado y depende también del significado que uno le dé según las experiencias vividas y los recursos disponibles (Antonovsky, 1979, p.72). La capacidad de hacer frente a la tensión es muy variable según cada individuo, incluso en el caso de que dos personas estén expuestas al mismo estresor, el resultado será muy distinto según su capacidad de afrontamiento de recursos y experiencias vividas (Mittelmark *et al.*, 2017, p.28).

“Si dos personas enfrentadas a un mismo estresor, pero uno tiene los recursos para hacer frente al reto satisfactoriamente y el otro no los tiene, ¿cómo podría definirse mejor ésta situación?” (Antonovsky, 1979, p.3).

Teóricamente la línea divisoria entre un estímulo y un estresor parece clara aunque, empíricamente, la distinción puede resultar más difícil por la variedad de percepciones diferentes. Antonovsky sin embargo anima a que busquemos, a través del entendimiento, lo que nos es común a todos en lugar de las diferencias, dado que, aun en el caso de disentir en la definición de un fenómeno como estresor, la divergencia es relativamente baja. (Antonovsky, 1979)

El término *stress* (*distress* según Selye) se debe reservar para el estado de presión (*strain*) que permanece cuando la tensión (*tension*) no es superada satisfactoriamente. Influído por los estudios de René Dubos, Antonovsky exploró el concepto de adaptabilidad en las esferas

psicosocial y cultural, como herramienta clave para el manejo de la tensión. Aquí entra en juego otro concepto que introduce Antonovsky para definir dicho proceso de lidiar con la tensión: “*tensión management*”. (Antonovsky, 1979)

La tensión es inevitable en los seres humanos y a menudo creada deliberadamente. Es un estado que puede ser incluso gratificante, porque lo que es patógeno no es el desequilibrio, sino el fracaso prolongado para restablecer el equilibrio. Cuando los recursos de resistencia son inadecuados para satisfacer la demanda y resolver el problema, el organismo entra en un estado de tensión. (Antonovsky, 1972)

Todos los días nos encontramos con estresores a los que tenemos que enfrentarnos. “La vida, incluso para los más afortunados, está llena de conflictos y factores estresantes, pero hay muchos períodos de respiración” (Antonovsky, 1990, p.74). Las continuas nuevas experiencias, nuevos retos y complicaciones diarias de la vida cotidiana conforman una constancia de estresores que hacen inmensamente difícil resolver la tensión.

La continua tensión, según Fried “*chronic life strain*”, puede desembocar en un agotamiento y derrumbamiento o en una recuperación y mejora, según si las fuerzas patógenas superan o no a los recursos de respuesta del individuo (Lindström y Eriksson, 2011; Mittelmark *et al.*, 2017, p.25). Por lo tanto, las consecuencias de los nuevos situaciones de vida pueden resultar patológicas (*distress*), neutrales o salutogénicas (*eustress*) según el *tensión management*. (Antonovsky, 1979, p. 94)

“Los factores estresantes son omnipresentes en la existencia humana. En respuesta a un estresor, el organismo responde con un estado de tensión. Este estado puede tener consecuencias patológicas, neutras o saludables. Los resultados dependen de la idoneidad y eficiencia de la gestión de la tensión”. (Antonovsky 1979, p.71)

Hemos dicho, en la figura 3.6 sobre la Teoría Salutogénica, que los estresores tienen impacto sobre nuestros recursos (flecha B), interactuando con nuestro estrés, nuestras debilidades, y afectando finalmente en nuestro estado de salud dentro del continuum. Es sabido que, en contraste con el impacto que tienen los estresores psicosociales al ser mediados por el Sentido de Coherencia, los estresores físicos y bioquímicos tienen un impacto directo. La sobrecarga acumulativa de estos estresores puede actuar en el estado de salud también explotando los patógenos endógenos potenciales y en interacción con un estado de estrés (flecha H). “Sin embargo, cuando el estándar de vida se encuentra en un adecuado nivel, las diferencias de salud no están tan abrumadoramente determinados por los estresores físicos o bioquímicos” (Antonovsky, 1979, p.193).

En éste contexto, frente a la constancia de estresores que amenazan el estado de salud del individuo, coge importancia el Sentido de Coherencia, poniendo a disposición del individuo los llamados Recursos Generales de Resistencia o Específicos para la situación determinada (flecha D), y permitiendo interpretar los estímulos como estresores, como neutros, o como saludables (línea K) (Antonovsky, 1979).



El hecho de que una persona avance hacia un estado de mayor salud o bienestar va a depender de cuatro dimensiones de las experiencias de vida, que contribuyen a su vez al proceso de desarrollo del SOC: la consistencia (*consistency*), el balance/equilibrio de carga (*load balance underload-overload*), la participación en la configuración de los resultados (*participation in shaping outcomes*), y la cuarta dimensión, la cercanía emocional (*emotional closeness*) que fue añadida más tarde por Sagy y Antonovsky (2000). La primera se refiere a la medida en que los mensajes son claros y hay orden y estructura en el entorno en lugar de caos; constituye la base de uno de los tres componentes de la escala SOC "comprensibilidad" -que se explicaran con detalle en el siguiente apartado-. La segunda experiencia de vida "balance de carga" se refiere a la medida en que existe un equilibrio entre los estresores y los recursos de los que dispone el individuo (no debe haber ni un exceso ni defecto de estresores porque ambas situaciones conducen igualmente a un estado de tensión); tal equilibrio de carga constituye la base de la "manejabilidad" del SOC. La tercera dimensión "participación en la configuración de los resultados" se refiere al nivel en el que la persona tuvo un papel importante en la decisión de su destino y no fue objeto del poder y los caprichos de los demás; se relaciona con el componente "significatividad" de la escala SOC. La cuarta experiencia de vida "cercanía emocional" se refiere a la medida en que uno siente vínculos emocionales consistentes y un sentido de pertenencia en los grupos sociales de los que es miembro. (Antonovsky, 1979; Idan, Eriksson y Al-Yagon, 2017)

Estos dos conceptos fundamentales de la Teoría Salutogénica (Recursos de Resistencia y Sentido de Coherencia) son explicados con más detalle a continuación.

### **3.2.2. Recursos Generales de Resistencia o Específicos y Déficits de Recursos: GRR, SRR y GRD**

¿Cómo manejamos la tensión y prevenimos que ésta nos conduzca al estrés? (Antonovsky, 1979, p.99)

¿Qué es lo que determina que haya un exitoso manejo de la tensión? (Antonovsky, 1979, p.97).

¿Qué GRR están disponibles para manejar la tensión? ¿Qué tienen los GRR en común? ¿Qué es lo que les hace ser GRR? (Antonovsky, 1979, p.103).

¿Existe una correlación lineal entre los GRR y una adecuada respuesta a los estresores? (Antonovsky, 1979, p.106).

Es manifiesta la relación que existe entre los factores estresantes y los recursos que el individuo requiere para hacerlos frente y manejar su estado de salud. Antonovsky afrontó el nuevo reto de dar explicación a dicha relación y desarrollar un concepto para aquellos recursos o facetas comunes que podían estar a disposición en tantas impredecibles situaciones y ser aplicadas para manejar cualquier estado de tensión. Influenciado por el concepto de Hans Selye -el Síndrome General de Adaptación-, Antonovsky (1987) señala que “la salutogénesis nos lleva a centrarnos en el problema general de la adaptación activa a un entorno inevitablemente estresante” (p.9), e insta a centrarse en las

variables independientes que toman un papel intermediario relevante entre los estresores y la resolución exitosa (o no) del estado de tensión. A éstas variables intermedias les dio el nombre de **Generalized Resistance Resources (GRR)**, y su adecuado uso es clave para evitar que la tensión causada por los factores estresantes se transforme en estrés (o enfermedad). Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición, accesibles en su entorno inmediato, tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Estos recursos ayudan a las personas a construir experiencias coherentes.

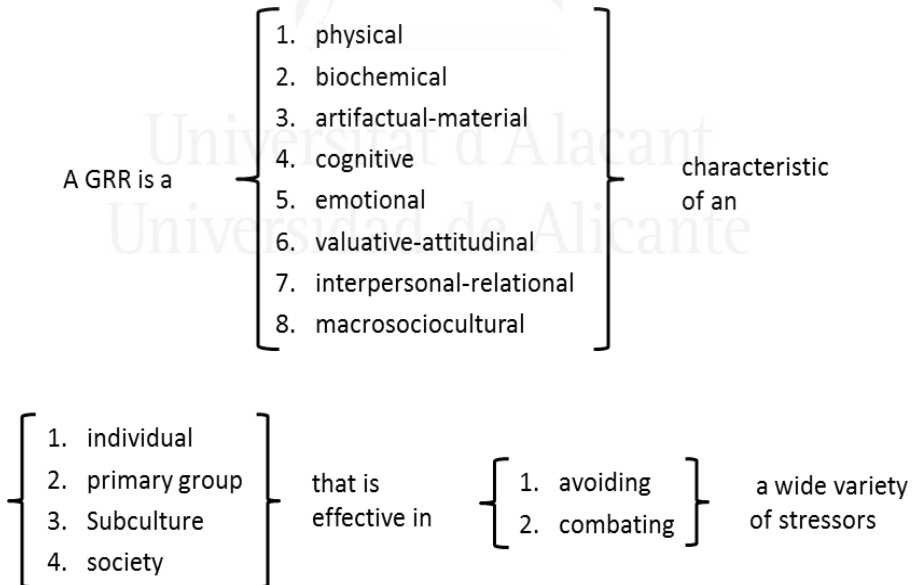
Antonovsky (1979) define por primera vez los Recursos Generales de Resistencia como “cualquier característica de una persona, de un grupo, o un medio o contexto que puede facilitar un efectivo manejo de la tensión”. En éste primer intento de Antonovsky por definir los GRR, identificó tres tipos: (1) la adaptabilidad en los niveles psicológico, bioquímico, cultural y social; (2) la confección de lazos profundos con otros inmediatos; y (3) el compromiso y lazos institucionales entre el individuo y la comunidad. (Antonovsky, 1972; Antonovsky, 1979). También explica los GRR como fenómenos que proporcionan al individuo un conjunto de experiencias de vida (caracterizadas por la consistencia, el balance de carga, la participación en la configuración de los resultados y la cercanía emocional) para poder enfrentar de manera efectiva los factores estresantes y contribuir al desarrollo del nivel individual. (Antonovsky, 1987; Idan *et al.*, 2017)

No satisfecho con éstas aportaciones conceptuales, Antonovsky intentó hacer otra definición de los Recursos Generales de Resistencia utilizando también la metodología de *mapping-sentence* según la Teoría de Facetas de Guttman. Pero para Antonovsky incluso ésta definición

(ver figura 3.8) era demasiado simple y finalmente acabó ampliándola con ideas anteriores como la entropía negativa (o sintropía). Los define como:

"Cualquier característica, fenómeno o relación -física, bioquímica, material, cognitiva-emocional, valuativa-actitudinal, relacional y macrosociocultural- de la persona, grupo, subcultura o social, que proporciona al individuo una continua y prolongada experiencia de vida que da sentido a los incontables estímulos que constantemente le bombardean, y facilita la percepción de que los estímulos que uno transmite son bien recibidos por los destinatarios previstos sin distorsión". (Antonovsky, 1979, p.121)

**Figura 3.8: Definición por facetas de los Recursos Generales de Resistencia.**



Fuente: adaptado de *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being* (p.103), por A. Antonovsky, 1979, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

De acuerdo con la metáfora del «río de la vida», cuando nacemos caemos en el río y aprendemos a nadar con más o menos dificultades según nos encontremos en las aguas tranquilas del río o en la cascada. El propio hecho de encontrarse en un nivel u otro del “*health ease/dis - ease continuum*” supone al individuo un recurso o un factor estresante en la corriente de su vida. En palabras de Antonovsky (1979):

“La localización en el breakdown continuum no solo es una consecuencia de otras variables sino que también cumple la función de un recurso GRR (en el caso de que la persona se situase en lo alto del continuum), o funciona como un estresor (si se situase en la parte baja)” (p.120).

Por ejemplo, nacer en una familia rica es una situación que de por sí es favorable (GRR), mientras que nacer en una familia con pocos recursos supone nacer con más estresores. Es por esto que Antonovsky decidió ampliar la definición de GRR cuando observó que proporcionaban sintropía (entropía negativa = orden).

En ésta definición (figura 3.8) se distinguen varias categorías de recursos: física, bioquímica, material, cognitiva-emocional, valuativa-actitudinal, interpersonal-relacional y macrosociocultural. Entre los GRR materiales hay que diferenciar entre los recursos materiales propiamente dichos (p.ej. el dinero, la ropa, o la comida...) y las relaciones interpersonales como son la disponibilidad de servicios, estatus o poder socioeconómico. Dentro de los GRR cognitivo-emocionales hay que diferenciar el conocimiento-inteligencia, en algunas sociedades es la educación y en otras es la sabiduría, y la identidad del ego que Antonovsky diferencia del sentido de coherencia (p.ej. la autoestima). Rara vez el conocimiento es una desventaja en el

enfrentamiento a estresores y a menudo resulta decisivo a la mano de otros potentes recursos (Antonovsky, 1979). Además de estos recursos, y también los típicos físicos y bioquímicos -lo que se entiende por salud física-, son importantes los hábitos saludables y valores (valuativos-actitudinales), el apoyo social y el compromiso (interpersonales-relacionales), el capital cultural, las tradiciones y la visión de la vida (macrosocioculturales). En el estudio *Twin Mother's Study* de Hansson *et al.* (2008, como se citó en Lindström y Eriksson, 2011, p.20), investigaron por primera vez cómo los genes y el medio ambiente influyen en los factores-recursos salutogénicos y la resiliencia individual. Los resultados mostraron que los componentes ambientales no compartidos eran de importancia principal, pero señalaron que eran importantes las influencias genéticas en el desarrollo de GRR y del Sentido de Coherencia. Encontraron que el 35% de Sentido de Coherencia se debía a los efectos genéticos y el 57% se debió a los efectos ambientales no compartidos. (Mittelmark *et al.*, 2017)

Según Lindström y Eriksson (2011), al menos cuatro de los GRR tienen que estar disponibles para poder facilitar el desarrollo de un Sentido de Coherencia fuerte: actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos interiores y relaciones sociales.

Los Recursos Generales de Resistencia juegan dos roles importantes en el proceso de afrontamiento: ayudan a determinar la fuerza del Sentido de Coherencia y permiten el uso de los **Recursos de Resistencia Específicos (SRR)**. Antonovsky (1979) enfatiza la importancia de los SRR en su libro *Health, Stress and Coping*:

"Ellos (SRR) son muchos y a menudo son útiles en situaciones particulares de tensión. [...] Pero, con demasiada frecuencia, estos son asuntos de azar o suerte, además de ser útiles solo en situaciones particulares... es el GRR lo que determina la medida en que los recursos de resistencia específicos están disponibles para nosotros" (p.99).

De forma simplificada, el significado de los SRR dentro del modelo salutogénico se puede resumir como el siguiente esquema lineal: GRR → +SOC → + uso de GRR y SRR → +HEALTH (Antonovsky, 1996, p. 15). La relación entre los GRR y los SRR es que a través del Sentido de Coherencia, los GRR permiten reconocer, recoger y usar SRR de manera que evitan que las situaciones de tensión se conviertan en estrés. Como ejemplo de la distinción, Sullivan (2006, como se citó en Mittelmark *et al.*, 2017) ve a la enfermería -profesión- como un GRR, mientras que la enfermera que proporciona ayuda con un problema en particular, es un SRR.

"En concierto con la metáfora, determinamos los recursos de resistencia específicos (SRR) disponibles en el río, para ser recogidos y utilizados según sea necesario en encuentros específicos con estresores, y no necesariamente para ser guardados después en la mochila". (Mittelmark *et al.*, 2017, p.73)

Según Antonovsky (1987), las fuentes de los GRR (el contexto socio-cultural e histórico, los factores idiosincrásicos particulares y el azar) también pueden crear estresores como resultado (flecha F de la imagen 4). Respecto al "contexto sociocultural-histórico", por ejemplo, no serán los mismos recursos ni tampoco los mismos estresores los que tenga un ciudadano con alto nivel de renta respecto a otro ciudadano con niveles de renta próximos al umbral de pobreza. También variarán

según las complejas relaciones, los prototípicos roles sociales, los patrones de crianza, la autoestima o identidad de ego. Por otro lado, Antonovsky habla del azar como otra fuente de los GRR, si bien afirma que a menudo está muy lejos de ser una cuestión de suerte. Más adelante, se convenció de que la propia ausencia de un GRR podría convertirse en un estresor (Antonovsky, 1987, p.28). En este intento de fusionar el concepto de los GRR con su concepto anterior de los "factores estresantes" creó los **Recursos Generales de Resistencia – Déficit de Resistencia (GRR-RD)**. Así, cada uno de estos GRR se presenta en un continuo. De acuerdo con esto, entre los individuos que están más arriba en el continuum, los GRR-RD son vistos como GRR y entre los individuos que están más abajo en el continuum, los GRR-RD son vistos como **Déficit Generales de Resistencia (GRD)**, que en otras palabras, definen la ausencia de recursos. Un ejemplo ilustrativo aquí podría ser la ausencia de dinero: el dinero es un GRR, pero la ausencia de dinero Antonovsky lo define como GRD. Sobre la base de estos supuestos, tanto los GRR como los GRD contribuyen al desarrollo de la sensación de coherencia de la persona, y ésta a su vez puede contribuir a movilizar los GRR que determinan la capacidad de manejar las situaciones de tensión. (Mittelmark *et al.*, 2017)

Sin embargo, más allá de poseer estos recursos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer lo que Antonovsky llamó Sentido de Coherencia (Rivera *et al.*, 2011a). Surgen entonces otras preguntas ¿Un GRR dado es necesario o es condición suficiente para tener un fuerte Sentido de Coherencia? ¿Son algunos GRR más útiles que otros para hacer frente a ciertos estresores? (Antonovsky, 1979, p.190). Antonovsky no da respuesta a éstas preguntas, pero



primero y a continuación vamos a ver qué se entiende por Sentido de Coherencia.

### 3.2.3. Sentido de Coherencia (SOC)

La Salutogénesis fue planteada por Aaron Antonovsky como una pregunta: ¿cuáles son los orígenes de la salud? Y su respuesta fue el Sentido de Coherencia (SOC). Mientras que formuló la pregunta en plural “orígenes”, señalando la posibilidad de múltiples determinantes y procesos generadores de salud, su respuesta fue singular “el sentido de coherencia”. Esta respuesta singular proporciona una atractiva reducción de la complejidad -en comparación con la patogénesis y su demasía de factores de riesgo-, canalizando todos los procesos salutogénicos a través de una orientación mental particular.

Como se puede apreciar en el diagrama (figura 3.6) de la Teoría Salutogénica de Aaron Antonovsky, las experiencias de vida dan forma al SOC (flecha A). Desde que nacemos constantemente nos encontramos con situaciones y desafíos que hay que resolver. Cuanto más se caractericen esas situaciones por su consistencia, participación en los resultados, y equilibrio entre sobrecarga-subcarga de estímulos, mayor será nuestro SOC y por lo tanto más coherente y predeciblemente percibiremos el mundo que nos rodea. En otras palabras significa que, la relación del SOC es proporcional a la constancia -que no repetición- de experiencias cargadas con cierto grado de estimulación como para desencadenar una inevitable respuesta-participación del individuo. Además, tenemos que asumir que si se quiere desarrollar un fuerte SOC, las experiencias deben ser gratificantes/salutogénicas aun siempre con

cierta medida de frustración o castigo previo donde se dé un proceso de motivación de superación por parte del individuo. (Antonovsky, 1979)

Antonovsky reconoció el SOC como un recurso interconectado con el resto de GRR, no solamente como un recurso más sino la medida de un estado general de salud, o en palabras de Antonovsky: “*a way of looking at the world*” (Antonovsky, 1979, p.8). ¿Qué tienen los GRR en común que conducen a la salud? A dicha variable *X* le dio el nombre de Sentido de Coherencia y lo definió inicialmente en 1979 de la siguiente manera:

"Una orientación global que expresa la medida en la que uno tiene un sentimiento de confianza generalizado, duradero aunque dinámico, de que los medios internos y externos son predecibles y de que hay una gran probabilidad de que las cosas funcionen tan bien como se puede razonablemente esperar". (Antonovsky, 1979, p. 123)

Antonovsky (1979, como se citó en Agulló, 2017, p.86) entiende el SOC como una “posición fundamental y actitud básica de una persona hacia sí misma, hacia su entorno y hacia la vida y el mundo” (p.86); o una orientación psico-espiritual (un sentido de actitud, predisposición o proclividad afectivo-cognitivo) de percepción y valoración personal y del entorno que nos rodea (Mittelmark *et al.*, 2017).

Antonovsky estaba ansioso por probar empíricamente el nuevo concepto SOC y desarrolló un instrumento de 29 ítems. En su regreso a Berkeley en 1986 para probar el cuestionario, recibió una solicitud de escribir una segunda edición de su primer libro *Health, Stress and Coping*, que había sido bien recibido. Acabó escribiendo su segundo libro destacado: *Unravelling the mystery of health – How People Manage*

*Stress and Stay Well* (Antonovsky, 1987), en el que hace un tratamiento más profundo del concepto y cuestionario del Sentido de Coherencia.

Aquí añade una definición más extensa del SOC:

"El sentido de coherencia es una orientación global que expresa hasta qué punto se tiene la sensación de seguridad dominante y duradera, aunque dinámica, de que (1) los estímulos provenientes de nuestro entorno interno y externo en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y manejables; (2) los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen estos estímulos; y (3) estas demandas son desafíos que merecen la energía y compromiso invertidos" (p.19). (Agulló, 2017)

Ésta definición atiende a las tres dimensiones fundamentales de la escala SOC: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. La dimensión "comprensibilidad" (elemento 1) y la dimensión "manejabilidad" (elemento 2) estuvieron presentes en la primera definición de 1979, pero Antonovsky añade la dimensión "significatividad" (elemento 3), que a partir de entonces creció constantemente en importancia en su desarrollo teórico e indica que, por lo tanto, la segunda definición tiene menos énfasis afectivo-cognitivo que la inicial. (Mittelmark *et al.*, 2017, p.31)

Antonovsky aclara las incorrectas interpretaciones del SOC. Un SOC fuerte incluye una alta capacidad de juzgar la realidad, pero no significa tener el control de todo ni tampoco es equivalente a sentir que todo en la vida «ocurre en bandeja»; la vida puede ser vista como llena de complejidades o conflictos, pero éstos se entienden y se ven predecibles (Antonovsky, 1979, p.127). Por ejemplo, Antonovsky considera fundamental discernir su concepto SOC del "locus de control"

de Rotter. El sentido de control está totalmente relacionado con la libertad personal de escoger entre posibles alternativas y percibir el resultado como conexo a la elección tomada (Antonovsky, 1979, p.153). Un fuerte SOC tampoco es un bien en sí mismo: “*A sense of coherence is still not necessarily praiseworthy as a good in itself*” (Antonovsky, 1979, p.157). El SOC aunque se puede entender como la habilidad para elegir diferentes estrategias para resolver diferentes problemas de la vida, no se debe considerar como un recurso o estrategia para afrontar el estrés, ni un rasgo personal -sino una orientación a la vida- (Lindström y Eriksson, 2011). Por decirlo de otra manera, uno no está vinculado a un tipo de recurso. Una persona con un SOC fuerte tiene un conjunto de reglas fundamentales, un canon, pero las tácticas o estrategias son flexibles. (Antonovsky, 1993)

Antonovsky (1979) aclara tres ideas importantes: (1) no hay que comprometerse exclusivamente con el uso de la escala del SOC, ya que aún se trata de una herramienta que requiere más profundización para convertirla en un instrumento de medición sistemático. (2) Hay una desafortunada tendencia a dicotomizar el nivel de SOC en “fuerte” o “débil” de la misma manera que se ha hecho por ejemplo con la escala de locus de control; es preferible hablar de *sense-of-coherence continuum*. (3) No hay que perder de vista el “falso SOC”, que según Antonovsky es la opinión de que todos los problemas tienen respuesta, cuando es intolerable el reto o la duda, cuando no hay flexibilidad de adaptación a circunstancias cambiantes, cuando uno clama estar en control de todo o entender todo, cuando hay negación de tristeza.

En el largo recorrido de estudio del SOC, otros autores también lo han definido. Por ejemplo, Lindström y Eriksson (2006), definen el SOC

como la forma de pensar, de ser y de ponerse en acción como ser humano y que lleva a las personas a identificar, beneficiar, usar y reutilizar los recursos a su disposición (Eriksson y Lindström, 2006; Lindström y Eriksson, 2005).

Antonovsky en su larga investigación, centró gran parte de su atención en el Sentido de Coherencia y su papel como variable independiente en la investigación en salud. Planteó la hipótesis de que el SOC se desarrolla durante la infancia y se estabiliza durante la etapa adulta temprana. Por el contrario, otras investigaciones propusieron cambios de SOC durante toda una vida (Nilsson, Holmgren, Stegmayr y Westman, 2003, como se citó en Mittelmark *et al.*, 2017).

### **3.2.3.1. Componentes del SOC**

Para entender mejor el concepto del Sentido de Coherencia es fundamental conocer en profundidad las tres dimensiones que lo conforman. Son la comprensibilidad (*comprehensibility*), la manejabilidad (*manageability*), y la significatividad (*meaningfulness*).

Respecto al componente de comprensibilidad, Antonovsky estuvo influenciado por la Teoría General de Sistemas y las ideas de orden y desorden. Al perfilar la segunda dimensión manejabilidad, se inspiró en los conceptos de afrontamiento y locus de control de Rotter sobre la sensación de disponer de los recursos adecuados "en las propias manos o en manos de otros legítimos" para hacer frente a situaciones estresantes (Antonovsky, 1990, p.79). Para la significatividad, Antonovsky se inspira en el trabajo de Victor Frankl y su libro *Man's search for meaning* publicado en 1963 que trata también sobre la

experiencia traumática de estar en un campo de concentración, y la fuerza motivacional que da forma a ver la vida como digna de ser vivida. (Antonovsky, 1990; Mittelmark *et al.*, 2017, p.32)

### ***Comprehensibility (comprensibilidad)***

Esta dimensión es considerada el componente cognitivo del SOC. Se refiere al grado en el que el individuo percibe los estímulos del medio interno o externo a los que se enfrenta, y le da un sentido a la información como ordenada, consistente, estructurada y clara, en lugar de como ruido (desordenado, caótico, aleatorizado, accidental o inexplicable). La persona que tiene un alto nivel de comprensibilidad espera que los estímulos tengan lugar en el futuro como predecibles, que ocurran como razonablemente se puede esperar, o al menos, cuando aparezcan de sorpresa, que éstos sean ordenables y explicables. (Antonovsky, 1987; Lindström y Eriksson, 2005)

Se refiere a la sensación personal de que es posible comprender lo que sucede, de asimilar y modificar experiencias y sucesos, o de controlar los propios pensamientos y emociones; es la habilidad de entender a otras personas y gestionar apropiadamente las relaciones con el entorno social e interpersonal (Agulló, 2017; Fernández, 2009).

Mittelmark *et al.* (2017) ven esta dimensión como un requisito previo para poder hacer frente a una situación estresante. De alguna manera, lo que uno comprende es más fácil de manejar. Según Antonovsky, los extremos de ésta dimensión podrían verse como la tolerancia y la intolerancia (Mittelmark *et al.*, 2017, p.99).

### ***Manageability (manejabilidad)***

Es el componente instrumental, comportamental o conductual del SOC. Se refiere a la medida en que los individuos perciben que tienen a su disposición los recursos adecuados para afrontar y satisfacer las demandas del ambiente -aunque no los controlen-. La persona tiene el sentimiento de poder afrontar los retos de la vida. Antonovsky (1987) dice que “en la vida ocurren situaciones difíciles, y cuando ocurren uno tiene que ser capaz de sobrellevarlas y no lamentarse” (p.18).

Tales recursos pueden estar bajo su propio control o bajo el de otras personas, comprendiendo desde el recurso monetario, las experiencias vividas, el apoyo social o incluso una base filosófica o religiosa. Está relacionado con la autoeficacia y la competencia, pero se diferencia de ellos en la condición particular de disponer los recursos pero no por ello controlarlos (Agulló, 2017; Fernández, 2009).

Según Antonovsky, los extremos de ésta dimensión son la confianza y la desconfianza personal o sobre otros. (Mittelmark *et al.*, 2017)

### ***Meaningfulness (significatividad)***

No hay que equivocarse con otro concepto frecuentemente utilizado pero con un significado completamente diferente: *mindfulness* (concienciación o atención plena).

La significatividad es considerada la dimensión motivacional-emocional, y para Antonovsky es el principal componente del SOC. Se refiere a la medida en que la vida tiene sentido emocionalmente, y

algunos problemas y demandas ocurridas durante la vida son dignos de compromiso y de inversión de energía personal. En lugar de una carga de la que se quiere prescindir, el estímulo se percibe como un desafío o reto a superar (Antonovsky, 1987; Lindström y Eriksson, 2005). La persona está feliz con la vida y considera que tiene un significado y un propósito. Según Fernández (2009) “una elevada significatividad es sinónimo de una visión comprometida con ciertas áreas de la vida para las cuales merece la pena emplear tiempo y esfuerzo” (p.104).

Según Sandell, Blomberg y Lazar (1998, como se citó en Mittelmark *et al.*, 2017, p.99) los extremos de ésta dimensión podrían verse como el entusiasmo y la depresión. Este concepto se relaciona con la identidad del individuo. Kohut’s diferencia entre el “sentido de sí mismo” (*sense of self*) que se refiere a la base de la personalidad que proporciona un propósito central, y el “sentido de identidad” (*sense of identity*) que se refiere al rol social del individuo. Una persona con fuerte *self* y firme *identidad* tiene un fuerte SOC. (Antonovsky, 1987)

Según Antonovsky, las tres dimensiones interactúan unas con otras, pero lo más importante es la dimensión de significatividad -el factor motivacional-. Si se da significado o importancia a un estímulo determinado, se tiende a imponer una estructura u organización de la información y a buscar los recursos disponibles más adecuados; esto significa fortalecer los otros dos componentes: la comprensibilidad y la manejabilidad. (Lindström y Eriksson, 2011)



### Relaciones entre los tres componentes del Sentido de Coherencia

Las interrelaciones entre los tres componentes son muy altas, pero no se manifiestan siempre en el mismo sentido. De hecho se pueden concebir situaciones en las que las experiencias de una persona le van a llevar a tener un alto nivel en uno de las tres dimensiones y bajo nivel en otra -o en las otras dos- (Antonovsky, 1987). Si se dicotomiza cada uno de los tres componentes (en alto-bajo nivel) surgen 8 posibles tipos de interrelación de los componentes del SOC:

**Tabla 3.3: Interrelaciones dinámicas de los componentes del SOC.**

Tipo	Componente			Predicción
	Comprensibilidad	Manejabilidad	Significatividad	
1	Alto	Alto	Alto	Estable
2	Bajo	Alto	Alto	Raro
3	Alto	Bajo	Alto	Tendencia a subir
4	Bajo	Bajo	Alto	Tendencia a subir
5	Alto	Alto	Bajo	Tendencia a bajar
6	Alto	Bajo	Bajo	Tendencia a bajar
7	Bajo	Alto	Bajo	Raro
8	Bajo	Bajo	Bajo	Estable

Fuente: adaptado de *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (p.20), A. Antonovsky, 1979, Jossey-Bass Publishers.

Según se ve en la tabla 3.3, los dos tipos extremos (tipo-1 y tipo-8) son prácticamente estables, viendo el mundo como altamente coherente e incoherente respectivamente. Los tipo-2 y tipo-7 tienen en ambos casos un nivel alto de manejabilidad y bajo de comprensibilidad, y varía la significatividad. Según Antonovsky, estos tipos son raros de encontrar, debido a que la manejabilidad está fuertemente supeditada a la comprensibilidad. Disponer de un alto sentido de que los recursos están disponibles para afrontar determinadas demandas (manejabilidad) requiere que exista una clara idea de cuáles son esas demandas (comprensibilidad). “Vivir en un mundo que uno piensa que es caótico e impredecible, hace más difícil que él mismo piense que puede afrontarlo bien” (Antonovsky, 1987, p.20). Sin embargo, tener una alta comprensibilidad no significa necesariamente que tenga que haber una alta manejabilidad. Antonovsky además sugiere que tener una alta comprensibilidad combinado con una baja manejabilidad hace que exista una fuerte tendencia al cambio, y la dirección (positiva o negativa) de éste cambio va a depender del componente de significatividad. Es lo que ocurre con el tipo-3 y el tipo-6. En el tipo-4 y el tipo-5 se observa cómo incluso del nivel de significatividad va a depender la tendencia (predicción), independientemente de que la comprensibilidad y la manejabilidad sean ambas de nivel alto o bajo. En el tipo-5 aunque tiene alta comprensibilidad y manejabilidad, la falta de motivación hace que uno se quede pronto bajo de entendimiento y de dominio de los recursos. En el caso del tipo-4 (para Antonovsky el más interesante), al sólo tener alta la significatividad, “no hay garantías de éxito pero si hay una oportunidad” (Antonovsky, 1987, p.20).

## Límites para el Sentido de Coherencia

Antonovsky responde: todos nosotros tenemos una serie de límites. El alcance, en términos de significatividad, comprensibilidad y manejabilidad, será mayor en unos ámbitos que en otros. No es necesario sentir que todo en nuestra vida es altamente comprensible, manejable y significativo, para tener un fuerte SOC. Según Antonovsky (1987) “una persona puede sentir que tiene pocas capacidades manuales, o puede estar poco concienciado con algo, y sin embargo tener un fuerte SOC [...] El tema crucial es si existen esferas de la vida que son de importancia subjetiva para una persona” (p.22) y, en este sentido, entiende que no se puede tener un alto SOC si no se consideran relevantes cuatro aspectos: (a) sentimientos internos, (b) relaciones interpersonales inmediatas, (c) importancia de la actividad, (d) temas existenciales (muerte, aislamiento, fracasos o conflictos inevitables...). No es difícil que estas esferas sean relevantes para la vida, ahora bien, aun siendo así, la pregunta que se hace Antonovsky (1987) es si además de ser importantes, son significativas y por lo tanto merecedoras de la inversión de un esfuerzo o energía personal.

No es posible que alguien disponga de un SOC máximo; en tal situación Antonovsky (1979) hablaría de un «falso SOC»: es considerar que todo tiene solución, que estamos en la posición de entender y controlarlo todo. “Cuando uno piensa que hay solución a todos los problemas, la realidad se impone y uno se hace añicos” (Antonovsky, 1979, p.158).

### 3.2.3.2. Propiedades psicométricas y uso de la escala SOC

¿Cómo podemos valorar nuestro nivel de Sentido de Coherencia? El SOC se mide con el **Cuestionario de Orientación Ante la Vida (OLQ)** que Antonovsky desarrolló en su libro *“Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well”* (1987). Dicho cuestionario consta de 29 ítems (SOC-29) y fue diseñado para medir el constructo SOC como una orientación global única. Actualmente existen diversas variantes con menos ítems que la escala original (por ejemplo el SOC-13) y las puntuaciones que se desprenden de cada una de las tres dimensiones se utilizan también de forma separada. Las 29 preguntas se organizan en torno a los tres componentes fundamentales: once ítems corresponden a la dimensión de comprensibilidad, diez a la de manejabilidad y ocho a la de significatividad. Para la escala original de 29 preguntas, el resultado final del cuestionario es un índice sumado con una puntuación total única que varía de 29 a 203 puntos (mínimo-máximo). La fiabilidad interna de la escala SOC-29, medida con el alpha de Cronbach, varía entre 0,70 y 0,95 según se refleja en numerosos estudios que la han utilizado en distintas poblaciones, diferentes culturas y diversos idiomas. En la escala SOC-13, se encuentra entre 0,70 y 0,92. (Fernández, 2009)

Si bien vemos que la fiabilidad interna tanto del SOC-29 como del SOC-13 es elevada, su consenso de validez es algo débil. La validez consensual es un término que indica la medida en que los diversos especialistas están de acuerdo en las propiedades de un instrumento. Ésta débil validez consensual explica la gran variedad de diferentes versiones del SOC que están en uso, aunque la mayoría de investigadores se decidan por utilizar el SOC-29 o el SOC-13 (Mittelmark

*et al.*, 2017, p.98). El cuestionario SOC-29 está traducido en 33 idiomas y validado transculturalmente en la mayoría de ellos (incluido el español); junto con la escala SOC-13, la medición del Sentido de Coherencia se ha utilizado en al menos 48 países con idiomas diferentes en todo el mundo (Mittelmark *et al.*, 2017, p.97).

Conocidas las propiedades psicométricas del cuestionario SOC, y vista su alta fiabilidad y validación, la siguiente pregunta que podemos hacernos es ¿qué utilidad tiene el cuestionario SOC?

Ya sabemos, a partir del diagrama de la teoría salutogénico, de la importancia que las experiencias de vida tienen en la modulación del SOC (flecha A de la figura 3.6). En consonancia con esta cuestión, Antonovsky plantea que el SOC es especialmente flexible/variable durante la juventud, pero defiende -solo inicialmente- que permanece inmutable una vez alcanzada la adultez. Según Antonovsky, esto es debido a que los jóvenes mantienen un número pequeño de relaciones, la influencia social se reduce a la familia y la escuela, los estímulos no son muy variables, y tienen mayores posibilidades de encontrarse con nuevas condiciones, a la vez de un escaso bagaje de experiencias de vida que les predispongan o influyan en su respuesta de afrontamiento, mejorando o debilitando su SOC, -yo añadido- por el hecho de ser una *tabula rasa*. La condición de inmutabilidad del SOC a partir de la edad adulta sólo es defendida en sus primeras investigaciones. Al final reconsidera su posición y establece dos formas a través de las cuales el SOC de un adulto puede sufrir transformaciones significativas: (1) por un «estresor cataclísmico» que transforme varias experiencias de vida y GRR en un corto periodo de tiempo, y para el cual no hay elección, ni opción, ni preparación; o la (2) aparición o una modificación de una

experiencia de vida que es significativa, lenta y con posibilidad de selección de estímulos que reconstruyen el Sentido de Coherencia. Como ejemplos del primer caso puede ser la muerte de un hijo o familiar cercano, la pérdida del trabajo o un desastre natural; como ejemplos del segundo, puede ser un divorcio, una persona que decide mejorar y cambiar su empleo tradicional, una persona que aprende a leer o escribir... (Antonovsky, 1979, p.188).

Actualmente hay estudios que han intentado dar respuesta a esta incógnita que sigue estando aún en proceso de exploración. Según los escasos estudios longitudinales con seguimiento a largo plazo (Hakanen, Feldt, y Leskinen, 2007, como se citó en Mittelmark *et al.*, 2017, p.102), el SOC aparentemente se estabiliza con el tiempo pero éste puede aumentar con la edad, especialmente en aquellas personas (o comunidad) que comienzan con un bajo SOC. Según estos autores, un fuerte SOC parece determinar inicialmente su desarrollo a lo largo del tiempo.

Por otro lado, Antonovsky habla en su segundo libro (1987) del Sentido de Coherencia como una orientación global, unidimensional con los tres componentes juntos (significatividad – comprensibilidad – manejabilidad) e interactuando constantemente entre sí para formar un único factor común, general. Sostiene que por razones teóricas uno debe evitar instaurar dimensiones individuales para examinarlas por separado (Mittelmark *et al.*, 2017, p.98). Sin embargo, las investigaciones más recientes respaldan entender el SOC como un constructo multidimensional.

Una persona con un alto SOC significa que tiene la capacidad de comprender la situación en la que se encuentra, tiene razones para mejorar su salud y tiene el poder y los recursos (materiales, sociales o psicológicos) para afrontar la situación. La investigación sobre el Sentido de Coherencia ha ido encaminada fundamentalmente a su relación con la calidad de vida y con comportamientos saludables, en la infancia y edad adulta. Existe fuerte evidencia de su papel protector frente a la ansiedad, depresión, agotamiento y desesperanza; también se relaciona positivamente con recursos de salud tales como el optimismo, fortaleza, control y capacidad de afrontamiento (Lindström y Eriksson, 2011). Es por esto que Antonovsky primero y otros autores después, han intentado encontrar sinergias entre el SOC y otros conceptos como la “resiliencia” de Werner y Smith, “empoderamiento” de Freire, “locus de control” de Rotter, o “capital social” de Putman, entre otros modelos y teorías que conforman el paradigma salutogénico, o lo que Eriksson y Lindström (2008, como se citó en Eriksson y Lindström, 2010, p.340) definen como **“paraguas salutogénico”**. Distintas experiencias también han demostrado el papel protector o mediador del SOC en relación a comportamientos saludables y otros determinantes de salud como: menor consumo de alcohol y drogas, mayor actividad física y alimentación saludable, mejor afrontamiento al estrés causado por enfermedades crónicas como diabetes y el cáncer, en relación con la vida laboral, mayor demanda-control del trabajo y menor absentismo laboral por enfermedad y, por ejemplo, también se relaciona de acuerdo a la vida social con una mejor comprensión de las dinámicas de grupo. (Eriksson y Lindström, 2008; Eriksson y Lindström, 2010)

Un fuerte SOC también es propicio para el bienestar mental y la calidad de vida de forma independiente y en relación con las enfermedades no transmisibles. Además, se ha demostrado que la relación personal con un entorno familiar y comunitario con un SOC elevado favorece el desarrollo saludable individual: por ejemplo, el hecho de que los niños con padres con un SOC fuerte muestran una tendencia a elegir comportamientos más saludables. Por otro lado, a parte de la reducción del sufrimiento físico-psico-social, también está la reducción del impacto económico sobre la sociedad (Lindström y Eriksson, 2011, p.34); a modo de ejemplo: Un estudio longitudinal sobre estudiantes universitarios japoneses vinculaba un SOC fuerte con un buen bienestar físico y mental futuro incluyendo además un mayor interés por aprender (Togari *et al.*, 2008, como se citó en Lindström y Eriksson, 2011).

A partir de la propuesta de Antonovsky, distintos autores ofrecen otras escalas específicas. La Escala Salutogénica de Indicadores de Salud (*Salutogenic Health Indicator Scale -SHIS-*), propuesta por Bringsén, Andersson y Ejlertsson (2009), que consiste en 12 indicadores que cubren nueve dimensiones relacionadas con la salud, como por ejemplo el estrés, la enfermedad, la función física, la expresión y percepción de sentimientos, o a la capacidad social entre otras. La Escala Salutogénica de la Promoción del Bienestar (*Salutogenic Wellness Promotion Scale -SWPS-*) de 26 ítems, propuesta por Becker, Dolbier, Durham, Glascoff y Adams (2008), y que mide la presencia de factores promotores de salud tales como el compromiso en acciones promotoras de salud u otros factores físicos, intelectuales, sociales, emocionales, espirituales, vocacionales y del entorno. Otros cuestionarios como: la



Escala de Bienestar de Friedman (midiendo 20 adjetivos de estabilidad, estima, jovialidad, sociabilidad y felicidad), el Cuestionario de Bienestar Percibido (*Perceived Wellness Survey*) de Adams y sus compañeros, o el Cuestionario de Capital Social (*Social Capital Questionnaire*) el cual consiste en 36 preguntas que miden 8 componentes del capital social incluyendo: la participación de uno en su comunidad local, agencia social, sentimientos de confianza y seguridad, redes vecinales, familia y amigos, tolerancia de la diversidad, valores de vida, y redes laborales. (Lindström y Eriksson, 2011)



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

### 3.3. ORIENTACIÓN SALUTOGÉNICA Y PARADIGMA SALUTOGÉNICO

La orientación salutogénica contiene una gama extraordinariamente amplia de constructos que va más allá de los Recursos Generales de Resistencia, los déficits de resistencia generalizados, el Sentido de Coherencia y el *continuum* “facilidad/no facilidad para la salud” de la Teoría de la Salutogénesis. (Mittelmark *et al.*, 2017, p.46)

A raíz de la teoría salutogénica de Aaron Antonovsky, otros autores quisieron profundizar en ésta nueva perspectiva de la salud y de las intervenciones sobre el bienestar poblacional, y ampliaron ésta teoría o introdujeron nuevos modelos con amplias similitudes que se pueden incluir en lo que llamamos “Orientación salutogénica” y que Morgan y Ziglio denominaron “paraguas salutogénico”.

El estudio tiene como objetivo ofrecer una visión amplia de la diversidad de enfoques y conceptos encontrados, si bien no se propone realizar una revisión exhaustiva de todos ellos.

### 3.3.1. Paraguas Salutogénico

Parte del trabajo de Antonovsky consistió en presentar simultáneamente su investigación y el trabajo de otros. Su intención no era probar que su enfoque era mejor, pero sí demostró que tales confrontaciones entre las ideas teóricas y prácticas de diferentes investigadores dan lugar a nuevas preguntas, y dándoles respuesta puede acercarnos a una mejor comprensión del comportamiento humano (Mittelmark *et al.*, 2017, p.17). La máxima expresión de dicha comparativa se da en el capítulo 3 “*Similarities of the Concept to other Views of Health*” de su segundo libro en 1987. Bajo el título “*Unraveling the mystery of health—How people manage stress and stay well*” Antonovsky vuelve a presentar su concepto de Sentido de Coherencia, lo reformula y modifica la escala, y lo compara con otros conceptos semejantes desarrollados por otros autores de la época.

“Ahora, seis años después. Ya no me siento solo. Mi pregunta se hace cada vez más. Se están llevando a cabo búsquedas serias de respuestas, al menos en parte congruentes con el concepto SOC. [...] Limitaré mi discusión sobre las convergencias al trabajo de algunas personas que han escrito con cierta extensión y cuyas ideas están claramente explicadas y en considerable compatibilidad con las mías”. (Antonovsky, 1987. p.35)

Como se puede apreciar en la tabla 3.4 elaborada por Antonovsky, compara su Concepto de SOC en sus tres dimensiones con otros conceptos de cinco modelos diferentes.

**Tabla 3.4: Dimensiones del SOC en modelos comparables.**

SOC	<i>Kobasa</i>	<i>Boyce</i>	<i>Moos</i>	<i>Werner</i>	<i>Reiss</i>
Significatividad	<i>Compromiso:</i> auto-involucramiento bajo alienación	Elementos valiosos de las experiencias de vida	<i>Relación:</i> cohesión, soporte	Red que comparte valores y creencias	<i>Coordinación:</i> desarrollar el consenso
Comprensibilidad	<i>Desafío:</i> el cambio es la norma	Comportamientos repetitivos	<i>Mantenimiento del sistema:</i> consistencia, claridad	Estructura y reglas	<i>Configuración:</i> coherencia y orden
Manejabilidad	<i>Control:</i> baja impotencia; Locus interno	Auto-conciencia	<i>Orientación a objetivo:</i> crecimiento personal	Locus interno	<i>Cierre:</i> optimismo, dominio, resolución problemas

Fuente: adaptado de *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (p.48), A. Antonovsky, 1979, Jossey-Bass Publishers.

### **Dominios del Clima Social (*Social Climate*.- Rudolf Moos 1974)**

En el contexto de la unificación conceptual de recursos y factores de estrés hay que destacar el trabajo de Rudolf Moos y sus compañeros. Es plausible el interés de Rudolf por la salud como la entiende Antonovsky: “¿Cómo la mayoría de las personas conciben soluciones aceptables para circunstancias difíciles, pero sólo algunas logran no solo sobrevivir sino también madurar frente a dificultades abrumadoras?” (Moos, 1984, como se citó en Antonovsky, 1987, p.40). Por ésta razón, Antonovsky considera que el modelo de Moos es razonablemente compatible con el modelo salutogénico, aunque -en sus

propias palabras- "al ser un psicólogo clínico, tiende a mostrarse mucho más preocupado (que él) por la salud mental, el desempeño de las tareas y el resultado del funcionamiento social".

El interés de Antonovsky por el trabajo de Moos no recae sólo en las afinidades entre ambos enfoques sino también por el propio estudio de años de investigación de Moos y sus compañeros acerca del sistema ambiental, o como ellos refieren: "Clima Social". La pregunta básica del enfoque es la siguiente: ¿Cuáles son las características subyacentes de los contextos humanos y cómo se pueden conceptualizar tales contextos como sistemas ambientales dinámicos? En palabras de Rudolf Moos: "[...] Nuestro propio trabajo se centró en las influencias positivas (y negativas) del contexto social en el comportamiento y la salud, y en las formas específicas en que las personas podían enfrentar y gestionar los acontecimientos estresantes de la vida" (Moos, 1984, como se citó en Antonovsky, 1987, p.42).

Este enfoque lo describen en un diagrama de cinco paneles interrelacionados como se observa en la figura 3.9.

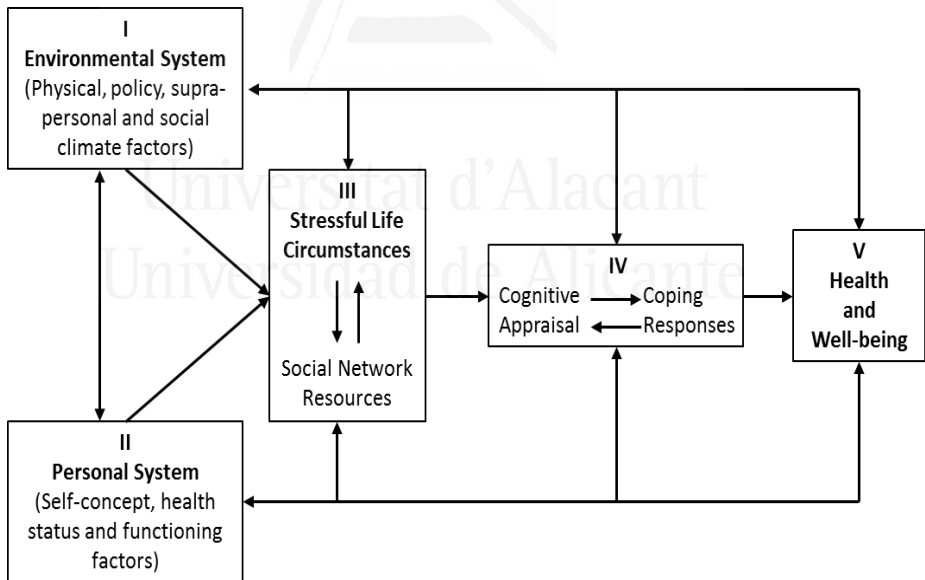
Los Paneles I y II son llamados respectivamente el «sistema ambiental» (que incluye los factores físicos, políticos, suprapersonales y sociales), y el «sistema personal» (que contempla los factores de funcionamiento, sociodemográficos, de autoconcepto y estado de salud). Son las características o factores contextuales y personales que dan forma a los estresores y los recursos, -a las experiencias de vida-, que afrontamos.

Dentro del panel III se incluyen las «circunstancias estresantes de la vida» y los «recursos de redes sociales» que afectan y son

afectados por las variables del cuarto panel. Según Antonovsky, éste tercer panel englobaría lo que define como «experiencias de vida» y son constituidas como resultado de los factores personales y ambientales.

Por otro lado, está el panel IV que se refiere al proceso de respuesta del organismo a los estímulos (incluyendo tanto la evaluación cognitiva como las respuestas emocionales y de afrontamiento conductual, directamente relacionadas con la salud); y el panel V, que es el último nivel y se refiere al funcionamiento personal y la «salud y bienestar» del individuo.

**Figura 3.9: Diagrama del Modelo de Rudolf Moos. Dominios del Clima Social.**



Fuente: Adaptado de "Toward a Unifying Conceptual Framework", por R. Moos, 1984, American Journal of Community Psychology, 12, 5-25

El modelo conceptual postula como hipótesis que los factores o circunstancias estresantes de la vida (panel III) y los factores del sistema ambiental y del personal (paneles I y II) pueden configurar los «recursos de redes sociales» y las respuestas de afrontamiento (paneles III y IV) así como su efectividad: la salud y bienestar (panel V). (Moos, 1984)

¿Por qué los entornos sociales se desarrollan de manera tan dispar? ¿Cómo está influenciado el clima social por otros dominios del sistema ambiental (panel I) y cómo se relacionan dichos dominios con el bienestar personal (panel V)? Para abordar esta pregunta, Rudolf Moos y sus compañeros conceptualizaron el entorno social como un sistema dinámico compuesto por diez dimensiones y las agrupó en tres dominios -definidos explícitamente como características objetivas que sustentan todos los entornos creados socialmente-. Según describe Moos, el dominio "*relationship dimensions*" (dimensiones de vínculo) "evalúa en qué medida las personas están involucradas y se apoyan mutuamente", utilizando conceptos como *expressiveness*, *commitment* y *motivation*, engloba tres dimensiones: *involvement* (implicación), *peer cohesion* (cohesión entre iguales) y *support* (apoyo). El dominio "*system maintenance and change dimensions*" (mantenimiento del sistema y cambio de dimensiones) se refiere a la medida en que el entorno es ordenado/estructurado y claro en las expectativas de un individuo, este mantiene el control y tiene capacidad de respuesta al cambio; las cuatro dimensiones que corresponden se denominan *clarity* (claridad), *control* (control), *innovation* (innovación) y *physical comfort* (confort físico). El tercer dominio "*personal growth*" o también llamado "*goal orientation*" (crecimiento personal, u orientación de objetivos) dimensiona los objetivos subyacentes hacia los cuales se orienta un entorno particular

evaluando el apoyo recibido para el desarrollo personal; incluye los constructos de *autonomy* (autonomía), *task orientation* (orientación hacia tareas) y *work pressure* (presión de trabajo) -cualquiera que sea la tarea, estas son las dimensiones que se relacionan con la capacidad de afrontamiento-. (Antonovsky, 1987)

En general, Moos (1985, como se citó en Antonovsky, 1987) considera que las dimensiones *personal growth* y *goal orientation* canalizan la dirección del cambio mientras que los otros dos dominios influyen en el compromiso con el medio ambiente, así como en la magnitud del cambio y los costes personales involucrados. Más específicamente, los sistemas ambientales tienden a mantener o acentuar las características individuales congruentes con sus aspectos dominantes.

Al igual que Antonovsky, es notoria la preocupación de Moos por buscar respuesta a la pregunta de cómo uno ve su propio mundo, y se entiende como un factor decisivo en el proceso de afrontamiento y en el resultado de salud –una inquietud que también es visible en el resto de modelos-. La dimensión salutogénica de significatividad parece estar difusa en el modelo de Moos, aunque introduce conceptos semejantes como *commitment* (compromiso), motivación o implicación. Sobre la dimensión de comprensibilidad, Antonovsky defiende la idea de la vida como un proceso dinámico que precisa de una activa adaptación al cambio; así mismo Moos no solo describe el sistema con las características de claridad y control, sino también enfatiza la medida en que el sistema puede optar al cambio: “*system maintenance and change dimensions*”.



### **Sentido de Permanencia (*Sense of Permanence*.- Thomas Boyce 1977)**

Aaron Antonovsky pudo leer -aunque accidentalmente- el primer estudio de Thomas Boyce en 1977 y desde entonces creyó que ambos hablaban un mismo lenguaje en sus diferentes modelos.

De cualquier manera, Boyce se interesó como médico e investigador por las condiciones que facilitaban la salud de los niños. En sus artículos habla de experiencias de vida rutinarias, de durabilidad y estabilidad. Con sus palabras, Boyce, Jensen, James y Peacock (1983) propusieron que "las rutinas familiares pueden tener un fundamento biológico y de desarrollo en una intrínseca predisposición humana hacia la actividad [rítmica]" (p.195), y hacia el resultado de salud de cada uno. En sus varios artículos el énfasis está en las «acciones rituales» -o rutinas- como aspecto clave en el manejo satisfactorio de situaciones de estrés. Por ejemplo, el niño que crece en un hogar en el que hay muchos comportamientos observables y repetitivos, y que ocurren con una regularidad predecible en la vida cotidiana es probable que sea el niño que esté más sano (Antonovsky, 1987, p.39).

Boyce (1985, como se citó en Antonovsky, 1987, p.39) adopta el concepto de "sentido de permanencia" definiéndolo como "la creencia o percepción de que ciertos elementos centrales y valiosos de la experiencia de vida son estables y duraderos". Partiendo de la premisa biológica de la necesidad humana de continuidad, el modelo desarrollado incluye tres componentes, que según Thomas están presentes en cualquiera de las direcciones hacia la salud: "*repetitive behaviors*" (comportamientos repetitivos), "*valued elements of life*

*experiences*” (elementos valiosos de las experiencias de vida) y “*self-awareness*” (autoconciencia).

Para Antonovsky (1987), el modelo de Boyce difiere con su visión salutogénica al considerar la definición estricta de sentido de permanencia, pues asume que “no todos los cambios en la vida son necesariamente estresantes o perjudiciales para la salud, y solo son aquellos cambios que dañan los sentimientos de permanencia” (p.40). El componente de autoconciencia del constructo de permanencia es, de los tres, el más parecido a la visión salutogénica de Antonovsky, particularmente a la dimensión de significatividad; Boyce lo define como la conciencia del yo confiable y consistente. (Antonovsky, 1987)

Sobre el aspecto de la comprensibilidad y la manejabilidad, Antonovsky plantea que Boyce descuida en su modelo la posibilidad de que las rutinas pueden llegar a ser «rígidas y penetrantes», excluyendo las situaciones *open-ended* que ocurren de improviso: El mundo es especialmente cambiante, particularmente en el caso de los niños -que son el centro de atención de las investigaciones de Boyce-, por lo que Antonovsky preferiría hablar de «armoniosa continuidad» en lugar de permanencia para incluir la idea de desarrollo y cambio.

**Resiliencia: “Vulnerable pero invencible” (*Resilience: “Vulnerable but Invincible”*.- Emmy Werner 1982)**

Antonovsky identificó desde el principio que el trabajo de Emmy Werner -sobre el desarrollo infantil- se movía en la misma dirección que su modelo salutogénico. Convencido quedó cuando Werner publicó su tercer libro que marcaba la culminación de una investigación que

buscaba estudiar en los niños su resistencia al estrés. En los dos libros anteriores, Werner y sus compañeros (1982, como se citó en Antonovsky, 1987, p.43) se habían centrado en el estrés expresado por los niños desde un enfoque patogénico.

En su trabajo, observaron que había jóvenes que a pesar la pobreza o la inestabilidad familiar, y a pesar de haber sido criados por padres con un bajo nivel educativo o con problemas de salud mental graves, permanecieron invencibles y se convirtieron en adultos jóvenes competentes y autónomos. Estudiaron las raíces de su fuerza y su fuente de resistencia a tales situaciones de estrés vital y descubrieron que éstos jóvenes -más resilientes- tenían un locus de control más intermedio, un autoconcepto más positivo y una actitud más nutrida, responsable y orientada hacia el logro y hacia la vida, también se referían a un mayor Sentido de Coherencia en sus vidas y un mejor aprovechamiento de fuentes informales de apoyo. El *meaningfulness* para un niño, según Werner, que le hace invencible está fuertemente influido por la red social de su entorno -idea similar al “clima social” según Kobasa o las dimensiones de “apoyo” e “implicación” de Moos-. La exposición del joven a redes externas de personas que tienen valores y creencias parecidos en un contexto previsiblemente estable aunque dinámico, le proporciona la base para ver el mundo como predecible, comprensible.

Werner y Smith (1982, como se citó en Uriarte, 2005, p.65) introducen el concepto de “resiliencia” como característica común de aquellos niños que a pesar de las experiencias traumáticas eran capaces de llevar una vida normal y saludable. Según las autoras, ésta característica había operado en el desarrollo de éstos niños en algún momento cuando “habían sido atendidos por alguna persona

particularmente afectuosa que les aceptó incondicionalmente y les hizo sentirse una persona valiosa” (p.65). Se desconoce aún si la resiliencia se trata de una cualidad innata o es estrictamente adquirida, o se trata de una capacidad que se desarrolla en el proceso de vida de interacción sujeto-contexto donde confluyen procesos intrapsíquicos. (Uriarte, 2005)

Actualmente se trata de un concepto muy estudiado y utilizado en investigaciones y prácticas psicosociales. Y como podemos ver se puede asemejar al concepto de Sentido de Coherencia de Antonovsky. Lindström y Eriksson afirman las diferencias sustanciales entre ambos términos y modelos: el punto de partida de éstos conceptos es bien distinto; así “mientras que Antonovsky hace referencia a un resultado positivo independiente al estrés bajo ciertas condiciones, la investigación de la resiliencia comienza reconociendo el riesgo para un resultado negativo de salud.” (Lindström y Eriksson, 2011, p.57); estos mismos autores siguen diciendo que, la teoría salutogénica habla de Recursos Generales de Resistencia como factores que crean prerrequisitos para el desarrollo del SOC, y en la resiliencia se habla de factores protectores; por último, también es indiscutible la diferente medición, de forma que el SOC tiene una única escala, además de las variantes posteriormente propuestas, mientras que en la medición de la resiliencia varían los ítems según el nivel (individual, grupal, o social). (Lindström y Eriksson, 2011)

### **Fortaleza/robustez (*Hardiness*.- Suzanne Kobasa 1982)**

Antonovsky da a entender que se trata del modelo que más parecido tiene con su teoría salutogénica y con el concepto SOC. La pregunta formulada por Kobasa es muy parecida a la de Antonovsky, cuestionándose por qué algunas personas expuestas a situaciones de estrés se mantenían bien, mientras que otras no.

Respondiendo a esta pregunta, Kobasa introduce el concepto de la Fortaleza (*"personality-based hardiness"*), y lo define como un conjunto tridimensional de confuso entrelazado entre los componentes: *commitment*, *control* y *challenge*. Estos tres componentes se observan muy semejantes a las tres dimensiones del SOC: el primer componente *"commitment"* (compromiso) es donde Kobasa hace referencia de forma explícita a la misma idea relacionada con la significatividad de Antonovsky; el segundo componente *"control"* recuerda a la manejabilidad; y el tercero *"challenge"* (o desafío), es de los tres componentes el que más se distancia con las dimensiones de Antonovsky, pero puede entenderse como una combinación de las dimensiones significatividad y comprensibilidad.

El componente *"compromiso"* es la tendencia a involucrarse completamente con un propósito en diferentes situaciones de la vida (trabajo, familia, relaciones interpersonales,...). Kobasa escribe sobre el compromiso personal en la vida de uno, y de forma parecida Aaron describió las áreas de la vida que tienen sentido emocionalmente para el individuo y son desafíos dignos de compromiso (Antonovsky, 1987, p.49). Medido con una escala de 18 ítems, Kobasa relaciona un bajo nivel de compromiso con el concepto de alienación.

De una manera u otra, en los enfoques tanto de Kobasa como Werner, Reiss, Boyce y Moos, se describe un sentido de manejabilidad similar al de Antonovsky. Según Kobasa en su modelo, el componente “control” se da en aquellas personas que creen que pueden influir en el desarrollo de diferentes experiencias y buscan explicación y autoresponsabilidad en las situaciones que están ocurriendo. Antonovsky quizás fuera más consciente sobre las amplias posibilidades del sentido de manejabilidad: “Todos estamos interesados por la sensación de confianza en poder enfrentar los problemas de la vida. Pero tendemos a diferir en la naturaleza de este sentido” (Antonovsky, 1987, p.52).

Para medir el componente “control” Kobasa hace uso de las escalas: *Internal-External Locus of Control Scale* y *Powerlessness Scale*. Werner en cambio hace referencia exclusivamente al *Internal Locus of Control Scale*. Entendiendo los estrechos límites de la escala de Rotter, el grado de control puede variado

El tercer componente “desafío”, enfatiza una orientación al cambio y entiende los desafíos como la norma de vida en lugar de la excepción, donde las personas consideran los nuevos retos como estímulos para crecer y mejorar en lugar de amenazas de las que protegerse. Kobasa se contradice -en palabras de Antonovsky - al utilizar como medición del desafío la *Security Scale*, una escala donde los ítems son en esencia juicios de valor. (Antonovsky, 1987)

En contraste con la teoría de Fortaleza de Suzanne Kobasa o la autoeficacia de Bandura, el componente de manejabilidad del SOC se define en términos del sentido de que los recursos están a su

disposición, no de que uno tiene el control de los recursos necesarios. Esto último implica que no se puede confiar en nadie más; el primero significa que el recurso requerido también puede estar en manos de otro legítimo y de confianza: un cónyuge, amigo, Dios, un médico, un líder o un colectivo. (Antonovsky, 1993)

### **Realidad/verdad (*The Family's Construction of Reality*.- David Reiss)**

Por último, Aaron Antonovsky también compara su Teoría Salutogénica con el enfoque de David Reiss, admirándolo como un “modelo poderoso, completo, ingenioso y comprobable” empíricamente a cerca de la familia, sus percepciones, significado y construcción de la realidad, como medio de afrontamiento de situaciones de crisis y los resultados en salud.

Reiss escribe -con un lenguaje muy parecido a Antonovsky - sobre la existencia de «filtros» que posibilitan organizar el constante bombardeo de innumerables estímulos internos y externos, para evitar «caer en la incertidumbre y el terror». En palabras de Reiss (1981, como se citó en Antonovsky, 1987): "podemos detectar patrones entre los estímulos y obtener una medida de comprensión; podemos relacionarlos con otros y obtener una medida de significado" (p 43). Y continúa diciendo, "la familia ha venido a desempeñar un papel central en la comprensión y el significado del universo del estímulo para cada uno de sus miembros... un conjunto de explicaciones... que sirve como principal organizador de la experiencia interna y externa" (1981, como se citó en Antonovsky, 1987, p.44).

El modo de resolución de los problemas de una familia es resultado de un conjunto de supuestos duraderos o estables que conforman una construcción de la realidad. Reiss identifica tres dimensiones cruciales en éste proceso de construcción de la realidad: “*configuration*” (configuración) entendido como coherencia y orden; “*closure*” (cierre/clausura/final); y “*coordination*” (coordinación).

La primera de las tres dimensiones, “configuración”, se define en términos de coherencia y orden, preguntando si la familia asume que hay una consistencia estructural subyacente de principios que pueden ser descubiertos y permitan al individuo y la familia ordenar los supuestos estímulos caóticos. Estas palabras recuerdan mucho a las utilizadas por Antonovsky en su descripción de la comprensibilidad. Reiss lo describe también como “un reflejo del sentido de optimismo y dominio de la familia en un entorno social novedoso y ambiguo”. La idea de dominio también parece estar presente en la dimensión de «cierre» - aunque sin una definición formal por parte de Reiss-. Él refiere que una familia normal que logra enfrentarse con éxito a las diferentes complicaciones de la vida haciendo uso de la experiencia y conocimientos pasados, se caracteriza por ser una familia con “*delayed closure*” (cierre demorado). Para la familia, la demora es algo natural y fácilmente tolerable porque hay confianza en que los problemas se pueden resolver. Por el contrario, la familia de “*premature closure*” (cierre prematuro), carece de repertorio suficiente de soluciones exitosas para resolver problemas. -Es evidente la semejanza con la dimensión de manejabilidad, aunque Reiss en su modelo solo haga referencia al afrontamiento familiar, grupal, y no individual-. La tercera dimensión de Reiss, la “coordinación”, tampoco recibe una definición



formal, pero su significado es claro. Diferencia tres niveles: la familia aislada, cuyos miembros siguen caminos separados manteniéndose alejados el uno del otro; familia con patrón grosero-simplista por el que el equilibrio familiar se mantiene por miedo al desacuerdo; y tercero, la familia «normal» que cree en el consenso, considerando a los miembros individuales y sus diferencias, y apuesta por la necesaria contribución particular para poder hacer frente a los problemas.

Para Reiss, define la familia “*environment-sensitive*” como aquella con alta grado en configuración, alta en cierre demorado y alta en coordinación compleja.

### Otros conceptos afines

Además de éstos modelos, Antonovsky hace esfuerzos por examinar otras teorías o conceptos, *a priori* de similitud conceptual, como el “estrés transaccional” de Lazarus o el “Locus de Control” de Rotter.

Analizó el modelo propuesto por Richard Lazarus y colaboradores: el “*modelo cognitivo-transaccional*” (Lazarus, 2009). A partir de la teoría de Lazarus la definición del estrés se centra en la interacción entre la persona y el medio: El estrés tiene lugar cuando la persona valora sus recursos como escasos o insuficientes para afrontar las específicas demandas del entorno. Lazarus describe detenidamente las diferentes estrategias de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, evasión de escape, resolución de problemas y reevaluación positiva (Häggström *et al.*, 2017). Al igual que el modelo

salutogénico, Lazarus y Cohen asumen el equilibrio entre los factores estresantes y los recursos, considerando tales recursos como aspectos específicos de las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, Antonovsky acabó rechazando cualquier semejanza a su concepto de SOC, al tratarse de teorías basadas en la suposición de una vida en equilibrio, una vida homeostática (Eriksson, 2017).

También hace un esfuerzo por buscar concordancias con el conocido concepto de Locus de Control de Rotter, pero concluye que el SOC es acultural y más generalizable o completo que el locus de control interno (Mittelmark y Bauer, 2017). Amirkhan y Greaves (2003, como se citó en Lindström y Eriksson, 2011, p.49) examinan también dicha distinción, y lo hacen en base a tres perspectivas: perceptual, atribucional y conductual. Según los autores, el SOC parece operar por medio de una influencia perceptual y un mecanismo conductual; en consideración, las personas con un fuerte SOC son más capaces de percibir la mayoría de eventos vitales como coherentes y su capacidad de afrontamiento es más flexible/adaptable.

Siguiendo el mismo camino, otros autores han realizado posteriormente estudios comparativos entre estos y otros modelos o teorías. Un estudio realizado por Nygren y *et al.* (2005) mostraron correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la escala del Sentido de Coherencia, la escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y también el Test del Propósito en la Vida (Crumbaugh y Maholick, 1964, como se citó en Nygren y *et al.*, 2005, p.355) y la Escala de Autotranscendencia (Reed, 1986 como se citó en Nygren y *et al.*, 2005, p.356), -conceptos que se superponen con el del SOC o la ya mencionada Resiliencia de Werner o la Fortaleza de Kobasa-.

El concepto de “sentido de la vida” fue desarrollado por Viktor Emil Frankl, psiquiatra austriaco que sobrevivió a los campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial, quien a partir de su experiencia personal y las de otros sobrevivientes, publicó en 1946 su primer libro *Trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager* (El hombre en busca de sentido) -contexto que recuerda a la investigación de Aaron Antonovsky-. En él Frankl expone que, incluso en las condiciones más extremas de deshumanización y sufrimiento, el individuo puede encontrar una razón para vivir basada en su dimensión espiritual; experimenta la vida como significativa y desarrolla un sentido de dirección. Frankl (1966b, como se citó en Lundman *et al.*, 2010) describió tres formas principales de encontrar un significado en la vida: por un lado, por lo que aportamos al mundo en términos de nuestra creación; por otro, por lo que obtenemos de él; y tercero, por la posición que adoptamos cuando nos enfrentamos a un destino que no podemos cambiar. Su escala se ha utilizado para explorar vínculos con el bienestar mental y la religiosidad.

Por otro lado, el concepto de la “Autotranscendencia” se describe como un recurso importante para el desarrollo de la madurez, como una expansión de los límites personales hacia el exterior o hacia una mayor conciencia interna de las creencias y valores, y temporalmente -hacia la integración del pasado y el futuro en el presente-. La escala de la Autotranscendencia es elaborada por la enfermera Pamela G. Reed en el campo de investigación de la espiritualidad y el envejecimiento; el supuesto clave de ésta teoría es que las personas desarrollan su conciencia interna y externa desde la infancia, caracterizada por el egocentrismo en la juventud, una autoestima segura en la edad adulta, y

la integridad y autotrascendencia de la vejez (Erikson *et al.*, 1986, como se citó en Lundman *et al.*, 2010, p.253). De forma muy parecida Lundman *et al.* (2010) han demostrado la existencia de un factor, relacionado con el concepto de la «fuerza interior», que se encuentra presente tanto en el modelo salutogénico como en éstas y otras teorías y conceptos afines, como la Teoría del Apego de John Bowlby o las teorías del aprendizaje significativo de Piaget. (Rivera, Ramos, Moreno y Hernán, 2011b)

Un campo aún inexplorado es la interdisciplinariedad de la orientación salutogénica. Antonovsky no deja claro tal posibilidad, y ya como joven investigador detalla que "una orientación salutogénica, no menos que una patológica, define la salud y la enfermedad solo en términos de funcionamiento y supervivencia" (Sagy y Mana, 2017, p.77). Sobre la Teoría del SOC, todo lo que argumenta es que "cuanto más fuerte es el Sentido de Coherencia, más probable es que el sistema, ya sea individual, familiar o social, funcione y sobreviva" (Antonovsky, 1991, como se citó en Sagy y Mana, 2017). Sin embargo, De forma inversa, el SOC no puede predecir conceptos sociales ya que están cargados de problemas moral-filosóficos, y como tales, para Antonovsky no pueden albergarse en el contexto de la salutogénesis. Esta convicción inicial de Antonovsky, puede explicar en parte la razón por la que no se ha trabajado en la propuesta de ampliar la investigación salutogénica al ámbito interdisciplinar.

Cuando se propone la ampliación de la salutogénesis en la interdisciplinariedad, podemos considerar disciplinas como la psicología, la economía, la geografía y la antropología. En el Manual de la

Salutogénesis, de Mittelmark *et al.* (2017) se hacen las siguientes preguntas:

“¿Nos permite la orientación salutogénica tratar con otros conceptos más allá de la relación con la salud? Y si es así, ¿Cómo? ¿Cómo podemos hacer preguntas salutogénicas empleando conceptos integrados en otras disciplinas?” (p.77)

Preguntarnos por conceptos salutogénicos más allá de su relación con la salud, es descubrir nuevas preguntas salutogénicas más allá de ¿Quién se las arregla para mantenerse saludable?, ampliando el nivel a las instituciones sociales que mejoran no solo la salud o el bienestar sino también la convivencia, la justicia, la paz o la reconciliación; es preguntarnos por ejemplo: “¿Quién es un activista social que persigue la justicia en el mundo? o ¿Quién es un pacificador?”, y ampliar la mirada a los vecindarios o a las escuelas salutogénicas... (Sagy y Mana, 2017)

Algunos estudios han intentado relacionar y conectar la salutogénesis y el SOC con otros modelos y conceptos interdisciplinarios, fundamentalmente conceptos sociales como la identidad social, la llamada “aculturación” de Berry (1990, como se citó en Sagy y Mana, 2017, p.79), entendida como el proceso en el cual una persona o un grupo de ellas adquieren una nueva cultura o aspectos de la misma, o la paz y la “reconciliación” de Nadler (2012, como se citó en Sagy y Mana, 2017, p.79). En ésta área de investigación, varios estudios se han ocupado de la relación entre el SOC y las relaciones intergrupales (sociales). Estos estudios plantean diferentes preguntas salutogénicas sobre la relación «SOC - relaciones sociales» en lugar de «SOC - salud»: ¿Cómo percibe, siente o se comporta un colectivo con un SOC fuerte

ante otro colectivo? - ¿Es más probable que un grupo, un colectivo o un sistema con SOC fuerte viva con más justicia, paz o buenas relaciones con su entorno? Según un pequeño estudio cualitativo de Griffiths, Ryan y Foster (2011, como se citó en Sagy y Mana, 2017, p.78), un nivel fuerte de SOC es efectivo para tratar problemas no referidos con relaciones sociales, pero lo es menos cuando se trata de problemas sobre relaciones sociales. Estas preguntas buscan descubrir lo que Aaron Antonovsky llamó **Sentido de Coherencia Comunitario (CSOC)** que se desarrolla a continuación.

En el área de psicología política, el SOC se midió como un predictor de diferentes actitudes políticas, particularmente aquellas dirigidas a la paz. En un estudio de adolescentes israelíes durante un evento políticamente violento, encontramos un vínculo entre el SOC y la creencia en formas pacíficas de resolución en el contexto. Sin embargo, no se encontraron correlaciones entre el SOC y las escalas de actitud que miden el patriotismo, el nacionalismo y el autoritarismo. (Sagy y Mana, 2017)

Los hallazgos sobre la relación entre el SOC y las cualidades personales que facilitan las relaciones sociales son bastante ambiguos. Es por esto que deberían llevarse a cabo otros estudios para respaldar algunos de los prometedores resultados.

### **Sentido de Coherencia Comunitario (CSOC)**

¿Podemos describir los grupos sociales (comunidades, naciones, clases sociales, grupos étnicos...) como caracterizados por factores estresantes? ¿Se puede hablar de un sentido colectivo de coherencia? ¿Cómo surge un sentido de coherencia fuerte y estable? ¿Cuál es la relación entre el movimiento de la persona hacia el bienestar y la fuerza de su SOC grupal?" (Antonovsky, 1979, p.91).

Como médico sociólogo, Antonovsky afronta la posibilidad de poder aplicar a un nivel grupal la misma orientación salutogénica desarrollada desde la perspectiva individual. Se separa así del tradicional enfoque epidemiológico en el que el individuo sigue siendo el foco de atención, incluso cuando un mismo fenómeno estresante es percibido por varios individuos. En su libro *Health, Stress and Coping* (1979) hace una primera reflexión sobre los colectivos sociales apuntando que "ningún grupo social está tan cohesionado e integrado como para no percibir ningún conflicto o estresor" (p.91). Ésta percepción es apoyada por la mayoría de teóricos sociólogos, pero hay diferencia de opiniones a la hora de entender si tales estresores son exógenos al grupo o son endógenos. Antonovsky (1979) por su parte, más allá de preocuparse por ésta diferenciación, plantea que los estresores son inherentes a la naturaleza de todos los procesos intra e intergrupales.

Ya que los entornos se definen como sistemas sociales, y las relaciones sociales desempeñan un papel central, la idea de un sentido grupal de coherencia parece razonable. En las comunidades, naciones, familias, grupos de carácter asociativo o grupos étnicos, es observable una colectividad subjetivamente identificable que hace presuponer un SOC grupal; un SOC basado en la interacción y transacción entre el

individuo y el entorno, por ejemplo: un SOC familiar, organizacional, de la escuela o universidad.

Para Antonovsky (1987), un grupo con un fuerte SOC es aquel cuyos miembros individuales tienden a describir la colectividad a la que pertenecen como “una que percibe el entorno como comprensible, manejable y significativo” (p.174). Enfatiza que el tamaño del grupo y el sentido de conciencia grupal no determinan si el grupo tiene un SOC débil o fuerte. La fortaleza del SOC va más allá de la mera agregación de datos del SOC individual de los miembros del colectivo. En esta línea, describe dos dimensiones relevantes para el desarrollo del CSOC: (1) la duración de la existencia de una colectividad identificable, -una conciencia grupal mantenida- argumentando que sería difícil imaginar un CSOC si el contexto y las condiciones sociales no fueran relativamente estables y consistentes durante varios años; y (2) que los individuos del colectivo tengan influencia en la vida de cada miembro, hasta tal punto que «el yo» (identidad del ego) y la identidad social están entrelazados. (Bauer y Jenny, 2017)

De forma muy parecida a la teoría del SOC individual, Antonovsky (1987) asumió que los grupos con un SOC fuerte son capaces de estructurar adecuadamente las diferentes situaciones y nuevas experiencias de vida y tienen la capacidad de activar sus recursos colectivos además de promover el SOC individual de sus miembros. Antonovsky (1987) defiende la idea de que para hacer frente a algunos estresores son requeridas “intervenciones colectivas mejor que individuales” (p.178). Un CSOC fuerte permite a los miembros del grupo lidiar con los cambios que ocurren en situaciones intergrupales, de manera que parezcan consistentes y los individuos preserven su



autoimagen e integridad grupal. Según Larsen y Stock (2011, como se citó en Mittelmark *et al.*, 2017, p.164), construir una identidad colectiva, basada en narrativas hegemónicas del vecindario, de su historia y desarrollo, puede ser particularmente útil para fortalecer el apego comunitario. Estos autores enfatizan que "los residentes tienen varias formas de participar en la vida comunitaria que van más allá de la participación en actividades formalizadas. La participación se lleva a cabo en espacios privados y públicos". Acerca de la cohesión intra o intergrupar, los resultados de algunos estudios revelan que un fuerte CSOC se correlaciona con niveles más altos de aceptación de la narrativa colectiva dentro del grupo y con niveles más bajos de aceptación de las narraciones colectivas fuera del grupo (Bauer *et al.*, 2020; Mittelmark *et al.*, 2017).

Ésta afirmación se relaciona con el concepto de capital social y los subtipos *bonding* y *bridging*. Putnam define el **Capital Social** como "las características de la organización social -tales como redes, normas y confianza social- que facilitan la coordinación y la cooperación en beneficio mutuo". De éste modo, el capital social puede entenderse como un activo de la comunidad, una "fuerza comunitaria latente" propia de los territorios, pero no de los individuos (Kramer, Seedat, Lazarus y Suffla, 2011). Es importante la distinción entre los subtipos de capital social *bonding* y *bridging*.

El capital social *bonding* o *cohesivo* (o capital social por vínculo) se refiere a las relaciones de confianza y cooperación entre miembros de un mismo grupo, generalmente establecido en términos de identidad social (clase social, raza o etnia); mientras que el capital social *bridging* o *punte* (o capital social por enlace) se refiere a las conexiones entre

individuos de diferentes colectivos respecto a su identidad social. Curiosamente, el capital social puente se relaciona con un mejor bienestar, mientras que el capital social por vínculo a menudo resulta perjudicial para la convivencia y la salud de los residentes de un barrio o comunidad formado por diversos colectivos. Esto ocurre con frecuencia en muchas comunidades desfavorecidas en las que el capital social *bonding* es elevado -redes sociales de apoyo mutuo intragrupo-, pero la pobreza en salud y convivencia seguirá manteniéndose si no se potencia el capital social *bridging*. Como veremos en la metodología de activos, el primer paso es tratar de identificar grupos y asociaciones que existen en los municipios para, en un segundo lugar, establecer conexiones entre sus miembros (Aviñó, 2017).

Algunos autores hablan de un tercer subtipo de capital social, para referirse a las conexiones entre personas con diferentes niveles de poder o estatus sociales (p.ej. las conexiones entre representantes políticos y grupos de residentes), bajo el nombre de capital social vertical o *linking*. Una herramienta utilizada para medir el capital social en varios niveles (comunidad, organización y hogar) es el *Social Capital Assessment Tool (SCAT)*. Cada nivel se enfoca en las dimensiones macro y micro de la sociedad, y las interacciones entre estas dos dimensiones. A nivel de la comunidad, la SCAT utiliza principalmente entrevistas cualitativas, ejercicios participativos y notas de campo para generar diagramas, mapas y participación para desarrollar un perfil final de la comunidad y promover la inmersión de los intervencionistas externos, incluidos los investigadores en el territorio. (Kramer *et al.*, 2011)

El SOC de la comunidad se caracteriza, igualmente al SOC del individuo, por las tres dimensiones de la escala: En éste caso, la

comprensibilidad se refiere a la sensación de previsibilidad y seguridad que sienten los miembros de una comunidad y la medida en que ésta es comprensible; la manejabilidad se refiere a la capacidad de la comunidad para ayudar a sus miembros en momentos de necesidad; y la significación se refiere a la capacidad de los individuos para expresarse a fin de sentir un mayor nivel de satisfacción e interés dentro del colectivo. (Idan *et al.*, 2017)

Antonovsky también introduce en sus libros el enfoque organizacional del SOC. Un **SOC basado en la organización** se inspira en la perspectiva social de la interacción con el entorno y el aprendizaje de las normas sociales y culturales experimentadas. El SOC basado en la organización no solo representa la respuesta de un individuo a las demandas y desafíos externos del entorno, sino que también tiene el componente individual de motivación interna, estructuras cognitivas y personalidad que influyen en la interpretación de tales situaciones. No es el individuo ni la organización por separado, sino los procesos transaccionales que hacen que el individuo sienta que es parte del entorno (Graeser, 2011). Basándose en conceptos previos de salud organizacional, Hofmann y Tetrick (2003, como se citó en Bauer y Jenny, 2017) sugieren que una organización en sí misma puede contribuir a objetivos sociales más amplios que la eficacia pura y el desempeño económico. En éste ámbito, se propone que una empresa puede ser viable y a la vez beneficiosa para su propio sostenimiento, sus accionistas, empleados, proveedores, clientes, la comunidad y su entorno ecológico (Bauer y Jenny, 2017). Basada en el enfoque de la organización y en el sentido familiar de coherencia, Graeser (2011)

desarrolló una escala de SOC “para identificar los posibles factores salutogénicos de una universidad como organización y lugar de trabajo”.

Siguiendo las dimensiones del sentido general de coherencia, la escala del **Sentido de Coherencia de la Universidad** evalúa hasta qué punto una universidad -entendida como un todo- se percibe como comprensible, manejable y significativa. Braun-Lewensohn y Sagy (2011) informan sobre hallazgos de estudios que utilizan un instrumento adaptado para el Sentido de Coherencia social, que contiene siete preguntas que describen cómo el individuo experimenta la sociedad en términos de comprensibilidad, manejabilidad y significado. La finalidad última de todos estos autores es determinar la correlación del CSOC con resultados positivos en términos de salud comunitaria u organizacional, para guiar o planificar intervenciones promotoras de bienestar y mayor rendimiento.

La Salutogénesis puede guiar las intervenciones comunitarias y organizacionales para la salud, apuntando a los GRR y al CSOC como resultados clave. Un nuevo planteamiento -pendiente de explorar-, es que los GRR y el Sentido de Coherencia individual e intragrupal no solo se entiendan como resultados clave, sino que además podrían considerarse como un requisito previo para participar con éxito en cualquiera de los procesos de intervención (Bauer, 2017). Consiste en descubrir cómo influye el SOC individual y grupal en el nivel de participación de sus integrantes y en la calidad de los procesos de planificación e intervención con fines de mejora de la salud. El planteamiento siguiente consistiría en averiguar cómo fortalecer el SOC de los miembros del grupo para potenciar la eficacia de los procesos y mejorar la calidad de dichas intervenciones. En éste sentido, Antonovsky

(1987) afirma que si un número considerable de personas experimenta un determinado modo de terapia y finalmente mejoran su puntuación SOC en cinco puntos de promedio: "esto no es para estornudar" (p.126) -al no considerarlo un cambio determinante en términos prácticos-. Antonovsky (1987) enumera un espectro de formas en que el SOC afecta en nuestro comportamiento hacia la salud:

- El SOC determina la motivación y la necesidad de lidiar tanto instrumental como emocionalmente frente a un estímulo cualquiera, y encamina a la persona a involucrarse en mayor o menor medida en conductas que promueven la salud.
- El SOC influye en el proceso de definición de un estímulo como factor estresante o no estresante. Algunos estímulos podrían ser vistos como neutrales o incluso saludables.
- En función de lo que se defina como estímulo que exige afrontarlo adecuadamente, el SOC también lleva a uno a buscar los recursos de los que dispone en su repertorio de GRR que son apropiados para la situación específica.
- De la misma manera, el SOC también determina el proceso de autoanálisis de los resultados del comportamiento y de rediseño de la nueva respuesta.

### **Futura investigación y práctica del Sentido de Coherencia Comunitario**

En la última revisión conocida de la teoría y práctica de la Salutogénesis -bajo el título *The Handbook of Salutogenesis*- los autores instan a profundizar, en primer lugar, sobre la dinámica espacial y temporal de los GRR y el Sentido de Coherencia: cambios a corto plazo y su relación en las distintas transiciones de la vida. En segundo lugar, en la especificación del modelo salutogénico y extrapolación a otros

ámbitos específicos; en éste sentido, es fundamental desarrollar el modo en el que el enfoque salutogénico se utilice para planificar intervenciones que, por sí mismas, sean comprensibles, manejables y significativas y, por lo tanto, respalden el desarrollo de la salud. En tercer lugar, también se necesita un tipo de investigación más inductivo para ayudar a desarrollar indicadores apropiados tanto para la teoría salutogénica como para el enfoque de activos; por ejemplo, examinando más a fondo cuándo un recurso cualquiera se convierte en GRR individual o grupal. (Bauer, 2017)

La investigación busca crear una base sólida sobre la que instaurar políticas que mejoren la salud y el bienestar de la población. Una política social basada en el marco salutogénico entonces identificar recursos para la salud y el bienestar de la sociedad junto con los riesgos de enfermedades, y descubrir cómo puede usarse -éste conocimiento y las medidas más efectivas- para resolver los desafíos actuales. La médula de dichas políticas es crear coherencia y sinergias, desde individuos hasta grupos y organizaciones en la comunidad local, y finalmente a toda la sociedad (Lindstrom y Eriksson, 2009). A continuación se hace una revisión de los modelos desarrollados con base salutogénica e implantados con la finalidad de guiar las políticas sociales.

### 3.3.2. Enfoques y modelos salutogénicos

La teoría de Aaron Antonovsky junto con las demás proposiciones anteriormente mencionadas, solamente -y no es poco- constituyen la base conceptual, los cimientos de un conjunto de enfoques y modelos prácticos de orientación salutogénica.

La línea divisoria entre la orientación salutogénica y el modelo salutogénico no es precisa debido, en parte, a la escasez de trabajos académicos. Hoy en día, la orientación salutogénica se usa a menudo como perspectiva genérica que pone énfasis en los recursos, las capacidades individuales-grupales y comunitarias. Algunos hablan incluso de un paradigma, en el que adquiere importancia la idea de "activos para la salud", representados en la teoría salutogénica con el concepto de Recursos Generales de Resistencia. (Lindstrom y Eriksson, 2011)

Y en todo esto relacionado con la orientación salutogénica, ¿dónde está la Promoción de la Salud? Antonovsky ya manifestó su preocupación por la carencia de una teoría o marco teórico-conceptual a partir del cual se desarrollase todo proceso hacia la Promoción de la Salud. Antonovsky no estaba solo en esta preocupación, también Frolich y Potvin (1999) referían que la Promoción de la Salud necesita "ir más allá" de las teorías tradicionales utilizadas en la educación sanitaria, como por ejemplo la teoría de Bandura (1986, como se citó en Frolich y Potvin, 1999, p.211) sobre la relación confianza-expectativas. "Ir más allá" significaba un reposicionamiento de la Promoción de la Salud, alejándose de los factores de riesgo y del punto de mira en las

patologías, y fomentando ambientes salutogénicos con factores sociales y estructurales saludables.

Éste paraguas salutogénico comprende un enredo de enfoques y modelos con unas características comunes: (a) cuestionan los datos recopilados por los enfoques basados en problemas, (b) hacen uso de datos obtenidos de forma diferente y con una metodología orientada al cambio, y (c) se centran en innovaciones que “fortalecen” a las comunidades y sus individuos, en lugar de simplemente resolver problemas identificados (Jakes *et al*, 2015). Entre los diversos enfoques, podemos destacar en el ámbito práctico el marco de “Capitales Comunitarios” (Croww y Smith, 2012) y el marco de “Desarrollo Comunitario” (“*Community Development*”), que incluye enfoques de tan diversos contextos y una gran variedad de nombres, como el enfoque “Radical” de Margaret Ledwith, el “Basado en Activos” (Kretzmann y McKnight, 1993), el enfoque de Medios de Vida Sostenibles (MVS) o el de “Capacitación para la transformación” (O’Leary *et al.*, 2011). En el campo de la investigación, a partir del término acuñado por Kurt Lewin ya en los años 40 de “investigación-acción”, ha tenido gran impulso la “Investigación Participativa Basada en la Comunidad” (o CBPR de sus siglas en inglés “Community-Based Participatory Research”), muy relacionada e incluso confundida con la llamada “Investigación acción-participativa”. Éste último enfoque, aunque contiene el nombre de “investigación” (desarrollo del conocimiento y solidez en el pensamiento) su finalidad principal recae en sus apellidos “acción” (compromiso con la experiencia y la historia) y “participación” (derecho democrático y en la vida en sociedad) de los propios colectivos a investigar, de tal forma que pasan a ser “sujetos” protagonistas en lugar



de “objetos” de estudio. La investigación acción-participativa procura comprender el mundo al actuar para cambiarlo, colaborativa y reflexivamente (Edwards, Soutar y Best, 2018; Jakes *et al.*, 2015). Por otro lado, la CBPR, con matices cercanos a la perspectiva de activos y de los determinantes sociales y ecológicos de la salud, resalta conceptos como co-aprendizaje, sostenibilidad, y equidad.

A raíz de éstos enfoques se han puesto en marcha diversos modelos como son, por ejemplo, el “Modelo de Desarrollo de Salud” (“*Health Development Model*”), el “Modelo de Activos” (“*The Asset Model*”) de Morgan y Ziglio (2007), el modelo de “Margen de Recursos” (“*The Margin of Resources Model*” -MRM-), el Modelo de “Activos de Desarrollo” (“*Developmental Assets Framework*”), o el Modelo de “Autoajuste” (“*Self Tunning Model*”). De una u otra manera, todos los modelos responden al enfoque HiAP de “Salud en Todas las Políticas” (“*Health in All Policies*”) sobre la colaboración intersectorial para la salud y para lograr la justicia ambiental y social. (Maass, Lillefjell y Espnes, 2017)

Para Kretzmann y McKnight, los enfoques de mapeo de activos se caracterizan por: (1) centrarse en los recursos y capacidades existentes de las comunidades, (2) confiar en las relaciones comunitarias como fuerza motriz del proceso de cambio, y (3) comprender y conectar los recursos y relaciones para construir soluciones (Kretzmann y McKnight, 1993). Alejarnos del habitual “mapa de necesidades” hacia los activos de una comunidad determinada, significa pasar del individualismo a una visión integral del territorio, supone desligarse de la percepción pesimista de dependencia de “expertos de fuera” para la “supervivencia”, a una percepción positiva de la realidad. Éste cambio

de perspectiva no siempre resulta fácil porque ¿cuál es la razón por la que solemos mirar hacia los aspectos negativos? ¿por qué prestamos más atención a las necesidades? Por instinto de supervivencia los estímulos negativos producen más actividad neuronal en nuestro cerebro que los estímulos positivos, de forma que nos mantenemos más alerta y detectamos antes los sucesos que pueden atentar contra el bienestar individual y de la comunidad. El símil del “vaso medio lleno o medio vacío” se utiliza para hacer referencia a las personas que tienden a ver las cosas desde el aspecto más favorable, frente a aquellas que miran desde la perspectiva pesimista. Adoptar la orientación salutogénica centrada en los activos consiste en romper con la exclusiva perspectiva pesimista de las necesidades o las patologías.

Los modelos arriba expuestos son algunos ejemplos de propuestas que buscan resolver la disyuntiva “enfoque individual versus social” y abogan por la complementariedad de ambos: (1) las acciones se centran en los determinantes sociales de la salud; (2) se impulsan metodologías de participación social y empoderamiento; (3) se considera la salud desde el plano de los derechos humanos; (4) se promueve el trabajo intersectorial y multidisciplinar entre instituciones; y (5) se potencian los activos de la comunidad, identificados y valorados socialmente. (Aviñó, 2017, p.92)

### 3.3.2.1. Desarrollo Comunitario Radical (DC) y Basado en Activos (ABCD. 1993)

Según Mathie y Cunningham (2003), existe un consenso cada vez mayor sobre que desarrollar los activos de las comunidades, en lugar de centrarse en sus necesidades o deficiencias, da como resultado cambios más duraderos. Según los autores, esto se debe a tres razones: primera, el aumento del sentido de pertenencia y mayor disposición de los individuos a involucrarse en el proceso comunitario, asumiendo roles de liderazgo y creando una narrativa basada en lo que se puede hacer y lo que ya se está haciendo bien; en segundo lugar, el aumento de la autonomía de la comunidad convirtiendo a sus miembros en proveedores de activos y creadores de cambios basados en las fortalezas o recursos internos, en lugar de crear dependencia de servicios externos; en tercer lugar, éstos enfoques de trabajo no solo revelan activos hasta entonces desconocidos, sino también estructuras informales de liderazgo, redes sociales subyacentes y otras narrativas históricas (Jakes *et al.*, 2015). Esto representa una orientación completamente diferente para las comunidades que históricamente han sido marginadas y consideradas como dependientes.

Para tal fin, y dentro del marco del “Desarrollo Comunitario” (DC o “Community Development”) hay diferentes enfoques, áreas de conocimientos, destrezas y prácticas, que van desde la pedagogía revolucionaria hasta la mera beneficencia social mitigadora de las miserias del capitalismo. Ejemplos de enfoques de “Desarrollo Comunitario”, son el **Desarrollo Comunitario Basado en Activos o**

**“Assets-Based Community Development”** (ABCD por su siglas en inglés) y el **“Desarrollo Comunitario Radical”** de Margaret Ledwith.

Los valores clave del DC son: la justicia social y medioambiental; la igualdad, el respeto y la anti-discriminación; y la acción colectiva para el cambio; a través del empoderamiento comunitario y por medio también del trabajo y aprendizaje participativos. La posición ideológica y práctica en dichos aspectos explica el amplio rango de enfoques que conviven bajo el mismo término. (Segura, 2018, p.35)

Margaret Ledwith (2005, como se citó en Segura, 2018, p.35) es uno de los máximos exponentes del “Community Development” con una amplia experiencia de intervención comunitaria en vecindarios humildes del corazón de Inglaterra. Involucrada en el movimiento feminista e influenciada por las teorías de Paulo Freire y Antonio Gramsci, elaboró un enfoque radical y anticonformista del Desarrollo Comunitario. En su **“Desarrollo Comunitario Radical”** resuena constantemente la idea de que “lo personal es político”.

Paulo Reglus Neves Freire es un destacado teórico del último siglo en el ámbito de la educación por su pedagogía crítica. Freire defiende que la sociedad se construye desde la conciencia de los problemas sociales que se viven a diario, desde la problematización de lo cotidiano. Según explica, cada individuo hace política desde cualquier espacio donde se encuentre y en los temas que considere relevantes en su día a día (significatividad), abriendo un diálogo y estrategias de cambio. El objetivo de este proceso de concienciación, es crear pensadores críticos y comunidades que sean autónomas a partir de la construcción de la autoestima y la identidad comunitaria. Según

Ledwith, a través de la concienciación de experiencias cercanas se pueden llegar a descubrir determinantes o medios de dominación más amplios y aparentemente lejanos. Antonio Gramsci -filósofo, teórico en sociología, antropología y política marxista, fundador del partido comunista italiano- es otra figura influyente para Margaret Ledwith en su posicionamiento crítico del capitalismo y de la hegemonía que no solo se consigue con la coerción, sino a través de formas de persuasión ideológica de tal manera que ninguna reforma tendrá capacidad transformadora si no se acompaña de un cambio de visión colectivo. (Segura, 2018)

El posicionamiento ideológico de Margaret Ledwith, explica su enfoque de Desarrollo Comunitario radical que se puede resumir en cinco puntos:

- El compromiso con la acción colectiva hacia la justicia social y ambiental.
- Esto se inicia mediante un proceso de empoderamiento a través de la concienciación crítica y crece a través de la participación en los asuntos locales.
- Un abordaje crítico requiere un análisis del poder y la discriminación en la sociedad.
- El análisis necesita ser entendido en relación a las ideas dominantes y el contexto político más amplio.
- La acción colectiva basada en este análisis, debe enfocarse a las causas originarias (o radicales -porque están en la raíz-) de la discriminación, más que a los síntomas. (Segura, 2018)

Sobre la cartografía y el mapeo comunitario, autores radicales como Bill Rankin, Alexis Bhagat y Lize Mogel, o Heesen *et al.* (2014) expresan que los mapas se basan en el poder, al llevar implícito una

toma de decisiones sobre qué acabará representándose en ellos. Decisiones que, a menudo, no suelen ser cuestionadas. En *Rethinking the Power of the Map* de Denis Wood (2010, como se citó en Teigen y Jess, 2019), el autor defiende que la cartografía radical ofrece un enfoque conceptual que permite «repensar» y «deshacer» los mapas, acabando con la disparidad entre los mapas convencionales y las representaciones basadas en la comunidad. (Teigen y Jess, 2019)

A diferencia del enfoque del DC radical, el **Desarrollo Comunitario Basado en Activos** o “*Assets-Based Community Development*” (ABCD) no pone el énfasis en los conflictos originarios de las desigualdades sociales y tampoco se centra en el análisis de las relaciones de poder, explotación y discriminación que se dan en una comunidad. Aldred (2011, como se citó en Teigen y Jess, 2019) advierte que la eficacia del mapeo de activos puede verse obstaculizada si no se tienen en cuenta estas desigualdades de poder o se eliminan las injusticias estructurales arraigadas en favor de enfoques de "empoderamiento" simplificados. Según Kretzmann y McKnight, autores del enfoque ABCD, la forma de ayudar a las comunidades con problemas -utilizando sus mismas palabras “*rebuild troubled communities*”-, es formando líderes locales, mejorando sus relaciones internas y potenciando la autonomía comunitaria. Su potencial viene de «elevar» a los miembros de la comunidad y situarles dentro del proceso. Es por todo esto, que se trata del enfoque más utilizado tanto en la administración pública, como en instituciones o fundaciones con diferentes orientaciones ideológicas (Segura, 2018, p.59; Teigen y Jess, 2019). Además, ABCD tiene en cuenta la naturaleza heterogénea de las comunidades, ya que reconoce las habilidades y el potencial de los

grupos minoritarios y miembros marginados (Dolezal y Burns, 2015; Kretzmann y McKnight 1993).

Según Kretzmann y McKnight, el ABCD puede entenderse como un enfoque, como un conjunto de métodos para la movilización de la comunidad, o como una estrategia para su desarrollo. Como enfoque, el ABCD se basa en el principio de que el reconocimiento de las fortalezas puede inspirar una acción de cambio en una comunidad más que un enfoque centrado en los problemas. Si bien no hay un modelo, estos métodos podrían contemplar: el análisis de historias de éxito; el mapeo de activos comunitarios; la construcción de relaciones para la solución de problemas mutuamente beneficiosos dentro de la comunidad; y el aprovechamiento de recursos externos. También se puede entender como una estrategia para el desarrollo sostenible impulsado por la comunidad. (Mathie y Cunningham, 2003)

El enfoque ABCD es una aplicación práctica de la filosofía del Capital Social, iniciada por Putnam en EE.UU. a finales del XX, y en la que muchas organizaciones no gubernamentales y de voluntariados basan su enfoque. El capital social está presente en las redes, normas y confianza inherentes en las asociaciones cuyos miembros trabajan cooperativamente. En el ABCD, las asociaciones formales e informales se tratan como activos y también como un medio para movilizar otros activos de la comunidad. El capital social es un activo latente que los individuos pueden aumentar o agotar dependiendo del intercambio recíproco de apoyo y las reservas de capital social fluctuarán según las circunstancias. (Mathie y Cunningham, 2003)

En las fases iniciales de ABCD, el enfoque para movilizar a las comunidades tiene mucho en común con la “investigación apreciativa” un proceso que promueve un cambio positivo (en organizaciones o comunidades) al centrarse en las experiencias y éxitos del pasado. Se basa en entrevistas que extraen estos recuerdos positivos y en el análisis colectivo de sus elementos de éxito para lograr la capacidad de mejorar la calidad de vida de todos sus grupos de interés y avanzar hacia esta construcción apreciativa de sí mismo. Para lograr esta transformación, la indagación apreciativa adopta lo que Elliott llama el «principio heliotrópico». Al igual que las plantas crecen hacia su fuente de energía, también lo hacen las comunidades y organizaciones hacia lo que les da vida y energía. (Mathie y Cunningham, 2003)

Por lo tanto, el matiz fundamental del enfoque ABCD es valorar las capacidades, habilidades, conocimientos, relaciones y potenciales ya existentes en una comunidad, y no mirar exclusivamente los problemas que necesitan ser resueltos. Adoptando el símil del vaso medio lleno o medio vacío, Michelle Obama, miembro emérito del Asset-Based Community Development Institute (DePaul University), dijo lo siguiente:

*“Todos tenemos habilidades y talentos que nos hacen ser buenos amigos, familiares, trabajadores y líderes, y también tenemos necesidades y deficiencias que vienen con esas fortalezas. No servimos bien a las comunidades... si creemos que nosotros, los proveedores, somos los únicos que estamos «medio llenos», y que todo el mundo al que servimos/ayudamos está «medio vacío»...nuestra tarea como buenos ayudantes y como buenos líderes, no solo es ser humilde sino también tener la habilidad de reconocer estas habilidades en los otros, y ayudarles a ponerlas en práctica” (Obama, 2009).*



Los profesionales de la salud, paradójicamente, están más habituados a trabajar con enfoques basados en la patología y las necesidades, considerando a los individuos como usuarios pasivos de los servicios -pacientes-, en lugar de considerarlos agentes activos en relación a su vida, la de sus familias y de la comunidad. Trabajar en un territorio desde una perspectiva de Salud Comunitaria supone adquirir una perspectiva colectiva considerando la salud y la enfermedad como fenómenos colectivos.

Como manifiesta Segura (2018), a través del enfoque ABCD, los profesionales comunitarios consiguen:

- Identificar y hacer visibles los recursos internos y de la comunidad que tienen el potencial de mejorar la salud y el bienestar de una comunidad.
- Considerar a los ciudadanos y comunidades como co-productores de la salud y el bienestar, en lugar de receptores de servicios
- Apoyar la salud de los individuos y su bienestar, a través de los recursos personales como la autoestima, ingeniando estrategias y desarrollando habilidades de resiliencia, y promoviendo redes o relaciones que proporcionan cuidado y ayuda mutua.
- Empoderar comunidades para controlar su futuro y crear recursos tangibles como los edificios o también servicios.

El enfoque ABCD se hace las siguientes preguntas: ¿qué es lo que nos hace más fuertes y saludables?, ¿qué factores hacen que seamos más capaces de lidiar con situaciones de estrés?, y en un territorio concreto ¿qué es lo que hace que este sea un buen lugar para vivir? y ¿qué hace la comunidad para mejorar su salud? Dar respuesta a estos interrogantes significa descubrir aquello que está funcionando en

una comunidad concreta y trabajar para fomentarlo, construyendo activamente capacidad y confianza entre sus miembros y entre comunidades, y asegurando la sostenibilidad a largo plazo (Foot y Hopkins, 2010; Segura, 2018).

Kretzmann y McKnight ensalzan la importancia del papel de la comunidad en la identificación de sus propios recursos, señalados en su contexto como activos para la salud individual o colectiva. Ellos exaltan la importancia de las “habilidades de las personas y fortalezas de la comunidad para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto”. Confeccionar un mapa que recoja éstas fortalezas, facilitará el proceso de empoderamiento y de red comunitaria, en el que los vecinos descubran las potencialidades ocultas de su comunidad, tejan una red de relaciones y de apoyos mutuos que sirven de fuerza motriz, e implementen proyectos para mejorar la calidad de vida (Kretzmann y McKnight, 1996). Para los autores, el desarrollo comunitario comienza con lo que está presente en la comunidad, sobre el trabajo ya iniciado, las capacidades de sus residentes y trabajadores, la base asociativa e institucional del área, y no con aquello que está ausente, es problemático o necesario (Dolezal y Burns, 2015; Kretzmann y McKnight, 1993, 1996). Así, Kretzmann y McKnight (1993) mencionan tres características simples e interrelacionadas que rigen en su método: se trata de un proceso «basado en activos», «centrado internamente» en los activos locales, y orientado hacia el «impulso relacional», construyendo continuamente nuevas relaciones entre residentes, asociaciones e instituciones (p.9).

El manual ABCD ha inspirado a nivel mundial, pero también ha sido cuestionado en varios sentidos. Además de ser criticado por

descuidar las cuestiones relacionadas con el poder, también ha sido señalado por basarse en conceptos del lenguaje económico, como “activo”, “déficit” o “desarrollo”, que no fueron claramente definidos (Agdal, Midtgard y Meidell, 2019). Por estos y otros motivos de adaptación a contextos locales, se observan a lo largo de la extensa literatura muy variadas metodologías de mapeo de activos comunitarios que tienen su fundamentación, en cierta medida, en el modelo ABCD. La revisión bibliográfica de Kramer *et al.* (2012) proporciona una visión general de estas metodologías de “*asset mapping*”:

- **Asset Based Community Engagement (ABCE)**. Una modificación de Collinson y Best (2019) para trabajar fomentando el compromiso y los vínculos asertivos. La exploración de los activos y la priorización se realiza según los dominios de accesibilidad, asequibilidad, conectividad y redes sociales, y utilizando el método «de semáforo» que permite la comparación y discusión reflexiva.
- **Enfoque de medios de vida sostenibles (SLA)**, conceptualizado inicialmente por la Comisión Brundtland y luego ampliado por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo de 1992 (Kramer *et al.*, 2012).
- **Planning for Real**, desarrollado en el Reino Unido por Neighborhood Initiatives Foundation.
- la **Investigación participativa sobre activos, redes y agencias de salud religiosa (PIRHANA)**, desarrollada por el Programa de activos de salud religiosa africana (Cutts *et al.*, 2016; Kramer *et al.*, 2012)
- el método del **Mapa de activos de salud de la comunidad para las asociaciones (CHAMP)**, que es una adaptación de PIRHANA. Según Cutts *et al.* (2016), CHAMP es único en que destaca tanto los activos de salud comunitarios tangibles como los activos intangibles. Estos autores introducen una versión aún más

específica sobre el acceso a recursos o servicios médicos (CHAMP-AC) en base a cuatro dominios: asequibilidad, accesibilidad física, aceptabilidad e idoneidad del servicio.

- el **Railton Community Assessment Project (CAP)**, que utilizó influencias del enfoque de investigación participativa (CBPR) en un área rural en Western Cape para identificar las necesidades y activos de la comunidad con el objetivo de priorizar acciones para apoyar la planificación y financiación del desarrollo comunitario (Lazarus *et al.*, 2010, 2014).
- y finalmente, la tecnología de “Sistemas de Información Geográfica” (SIG), que no constituye un enfoque o método de mapeo de activos como tal, sino que viene de hacer uso de las nuevas tecnologías de geoposicionamiento con la finalidad de representar los mapas de activos comunitarios (Brown y Kytta, 2014; Moore, Diez y Brines, 2008; Nykiforuk y Flaman, 2011; Wu y Miller, 2001). (Mohamed, Suffla y Christie, 2017)

El análisis de Kramer *et al.* (2012) de estas metodologías revela que todas ellas (excepto los métodos SIG que no siempre cumple con los principios participativos) revelaron un fuerte compromiso con los habituales valores como la inclusión, la colaboración, la cooperación, el aprendizaje participativo, el empoderamiento y la equidad. Si bien llevar a cabo exclusivamente el método de *asset mapping*, que solo contempla los activos sin incluir una evaluación de necesidades, podría considerarse problemático desde una perspectiva crítica ya que los métodos descritos anteriormente revelan claramente que las evaluaciones de necesidades están estrechamente vinculadas y directamente son tomadas en cuenta en la acción. Es importante enfatizar que existe el peligro de dicotomizar las necesidades y los

activos al reflexionar sobre el *asset mapping*, y tal reduccionismo supone un fracaso en la apuesta teórico-conceptual de averiguar los vínculos dialécticos entre ambos términos. (Mohamed *et al.*, 2017)

Con todo esto, hemos visto que un término que está íntimamente relacionado con los enfoques de mapeo de activos comunitarios como el ABCD, es el concepto de “comunidad” que a continuación presentamos brevemente.

Las definiciones de comunidad más presentes hacen énfasis en dos aspectos fundamentales: el estructural o geográfico y el funcional. Bajo estos dos elementos se puede resumir el tipo de vínculo que conforma una comunidad, cuando hay una voluntad “natural” o innata de asociación, o una voluntad “racional-instrumental” por alcanzar un fin o mejorar. Según Tönnies “sin comunidad no hay moralidad pero sin asociación no hay progreso” (Segura, 2018, p.20).

Rigurosamente hablando, la comunidad estructural se refiere a un grupo geográficamente localizado que está regido por organizaciones o instituciones de carácter político, social y económico. En el contexto de la construcción de una comunidad estructural se hace hincapié en la planificación y el apoyo a la sostenibilidad para lograr el sentido de propiedad y la transformación continua (Cutts *et al.*, 2016; Kramer *et al.*, 2011; Mohamed *et al.*, 2017, p.53). Aunque el concepto de sostenibilidad a menudo no se define en términos operacionales, se supone que esto se refiere a la creación de capacidad e infraestructura para apoyar la construcción comunitaria en curso y lograr su continuidad. (Mohamed *et al.*, 2017)

Krause (2001) y Maya (2004) proponen una distinción del concepto comunidad con el de cualquier otra agrupación humana a través de elementos mínimos necesarios: la “pertenencia” (sentirse «parte de», «perteneciente a» o «identificado con»), la “interrelación” (existencia de contacto o comunicación, aunque sea «virtual», entre sus miembros, y mutua influencia) y la “cultura común” (existencia de significados compartidos). Otros hablan de “conexión emocional” o de “historia común”, y añaden el “refuerzo” o “compromiso”, entendidos como integración y cumplimiento de las necesidades.

Una comunidad será saludable en la medida en que existan múltiples conexiones entre, los individuos y las subagrupaciones que la integran, o ámbitos individual, grupal-familiar, institucional y comunitario (Krause, 2001; Segura, 2018). Asimismo, según Martínez-Riera *et al.* (2018) “una comunidad será más saludable en tanto tenga una estructura interna consensuada y haya claridad, transparencia y consenso sobre la distribución de roles o funciones, si los hay” (p.87). La distribución de roles entre los residentes y su participación en la vida comunitaria puede ser muy diversa, y dichas formas de participar van más allá de la contribución en actividades formalizadas (Vaandrager y Kennedy, 2017). Hay distintas corrientes que afirman incluso que están surgiendo nuevas formas comunitarias, caracterizadas por el auge del individualismo y la personalización de las prácticas sociales. (Martínez-Riera *et al.*, 2018; Wellman, 2001)

No hay que perder de vista que influyendo en los distintos ámbitos comunitarios están los entornos. Éstos no solo se definen por el espacio físico (o la localización), sino también por entidades o sistemas socio-culturales que cambian y pueden promover su salud; son espacios

donde cotidianamente se habita y se establecen relaciones sociales que determinan una manera de vivir y de ser. Los componentes de sistemas son sistemas en sí mismos y forman parte de otros sistemas mayores; por ejemplo, una familia es un sistema en sí, que forma parte de una comunidad o un barrio, y éste forma parte de la ciudad (Vaandrager y Kennedy, 2017). De aquí surge el concepto de “entornos saludables” que incorporan aspectos de organización física saludable, adecuada, así como las redes de apoyo para lograr ámbitos psicosociales sanos y seguros, exentos de violencia (Martínez-Riera *et al.*, 2018). Se define ciudad saludable como “aquella que crea y mejora continuamente sus entornos físicos y sociales, y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades” (Galarraga *et al.*, 2018, p.75).

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

### 3.3.2.2. Modelo de Desarrollo de Salud EUHPID. Salutogénesis y patogénesis

Antonovsky postuló la salutogénesis como un enfoque distinto a la patogénesis, aunque complementario, para caracterizar las experiencias humanas sobre la salud y la enfermedad. Bauer, Davies y Pelikan (2006) manifiestan que, si bien las perspectivas analíticas de la salutogénesis y la patogénesis difieren conceptualmente, en la práctica ambos enfoques suelen superponerse y a menudo se implementan en combinación. (Mittelmark *et al.*, 2017, p.47)

En nuestro empeño por mapear activos no debemos despreciar esa mirada combinada (déficits y activos): la administración y sus instituciones deben incluir el valor de las capacidades de la ciudadanía, junto a sus déficits, para no caer en falacias como proyectos de salud sin salud, o autogenerar barreras a la participación ciudadana como consecuencia de una conceptualización de salud realizada exclusivamente por expertos. Una buena contextualización ayudará a mantener esta doble visión: la del diagnóstico de salud (problemas y necesidades) y la del mapeo de activos. (Cubillo-Llanes *et al.*, 2018)

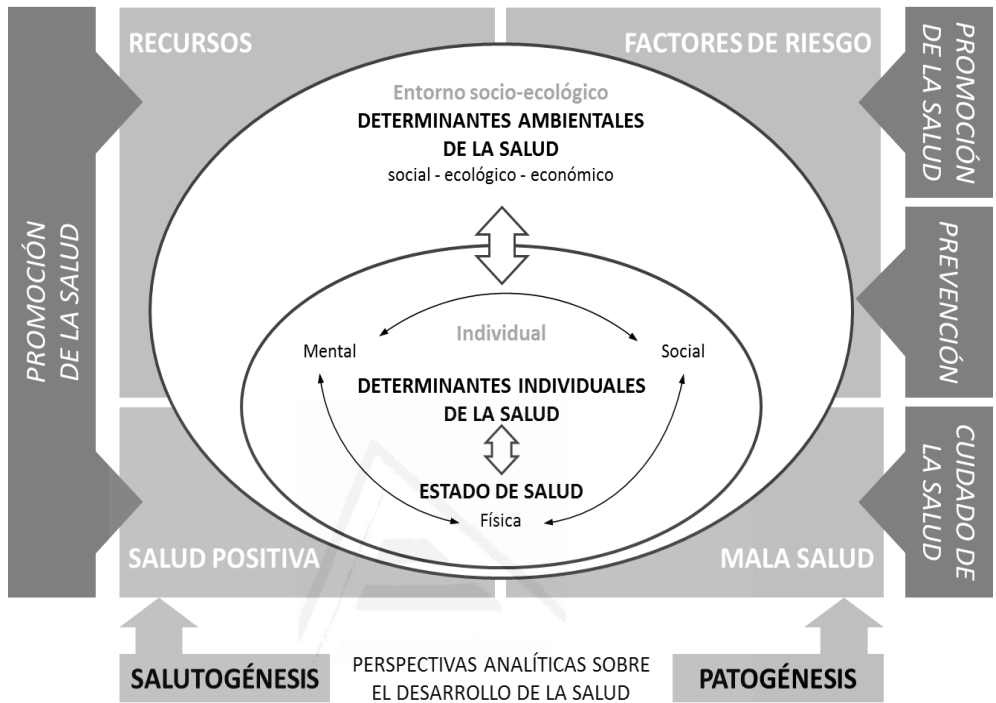
Los modelos de Promoción de la Salud que abordan explícitamente esta complementariedad son escasos. Un avance importante en este sentido es el **Modelo de Desarrollo de Salud EUHPID** (figura 3.10), considerado el primer marco de estudio que trabaja complementariamente la orientación patogénica y salutogénica con la finalidad de desarrollar indicadores que permitan monitorear los efectos de las intervenciones de promoción de salud (Bauer *et al.*, 2006; Mittelmark *et al.*, 2017, p.46). El origen fue la insatisfacción con el proyecto *European Community Health Indicators* centrado



principalmente en indicadores para la prevención de enfermedades y, en un segundo plano, la promoción de la salud. Según Bauer *et al.* (2016), un reconocimiento mayor a este segundo aspecto dio lugar al Modelo de Desarrollo de Salud EUHPID, que tiene tres objetivos principales: por un lado "proporcionar una justificación clara para seleccionar, organizar e interpretar los indicadores de promoción de la salud (sistema de clasificación)"; en segundo lugar, "trasladar dicho enfoque a la comunidad (herramienta de promoción)"; y también "desarrollar un marco de referencia común para los campos de promoción de la salud y salud pública que muestre su interrelación (herramienta de diálogo)" (p.154). (Mittelmark *et al.*, 2017)

Según se puede observar en la figura 3.10, en su lado izquierdo se observa la perspectiva salutogénica, descrita en el modelo como un enfoque analítico especificado a través de la Promoción de la Salud y orientado hacia los recursos y la salud positiva. En la parte derecha de la figura vemos el enfoque patogénico expresado a través de la protección frente a los factores de riesgo, la prevención y la atención cuando se de un problema de salud. De cualquier forma, ambas perspectivas trabajan hacia el mismo centro: la salud del individuo en su contexto.

**Figura 3.10: Modelo de Desarrollo de la Salud.**



Fuente: Adaptado de "The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators" (p. 3), por B. Bauer, J.K. Davies, J. Pelikan, 2006, *Health Promotion International*, 21(2).

Sin embargo, vincular estos dos puntos de vista analíticos, como lo hace el Modelo, aumenta la conciencia sobre su carácter distintivo, aunque también sirva de concienciación sobre la utilidad de los indicadores de Promoción de la Salud frente a los indicadores patológicos y factores de riesgo ampliamente utilizados. Existe un consenso cada vez mayor de que fortalecer los factores o bienes saludables (activos) de las comunidades, en lugar de centrarse en sus necesidades o deficiencias, da como resultado cambios más duraderos (Mathie y Cunningham, 2003).

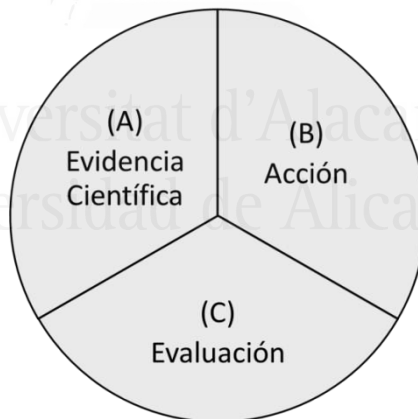
### **3.3.2.3. The Asset Model. Salud Pública y Salutogénesis (Modelo de Activos. Morgan y Ziglio)**

La contribución del Modelo de Desarrollo de Salud EUHPID es posicionar la salutogénesis junto con la patogénesis en igualdad de condiciones e importancia. Después de la teoría de Antonovsky, Morgan y Ziglio en su estudio *“Revitalising the Public Health Evidence Base: An Asset Model”* (Morgan y Ziglio, 2007), manifiestan ambiciones similares con el paradigma salutogénico, implantándolo en el ámbito de la Salud Pública en lo que definen como *“Asset Model”*, su Modelo de Activos. (Roy *et al.*, 2018)

El origen del Modelo de Activos es el reconocimiento de que los enfoques actuales de salud pública inspirados en la patogénesis no logran reducir las desigualdades sociales en materia de salud. Morgan y Ziglio proponen la revitalización de dicho enfoque destacando la promoción de la salud en lugar de la prevención o curación, y dicen *“reconsiderar las bases teóricas sobre las que se evidencia la Salud Pública”* preguntándonos *“¿cuáles son los activos clave para la salud y cómo se pueden usar para reducir las desigualdades en salud?”*, en lugar de *“¿cuáles son los factores de riesgo para las enfermedades y cómo podemos prevenirlas?”*. Es un llamamiento al desarrollo de una base de evidencia que indique las acciones basadas en activos que son efectivas para promover la salud y que apuntan a contribuir a la reducción de las desigualdades en salud. En 2000, los 189 Estados de las Naciones Unidas reafirmaron su compromiso de trabajar hacia un mundo en el que la eliminación de la pobreza y el sostenimiento del desarrollo tendrían la más alta prioridad (Morgan y Ziglio, 2007).

La representación gráfica del “Modelo de Activos” de Morgan y Ziglio que se muestra en la figura 3.11 consta de tres fracciones interrelacionadas que un puzzle completo: (A/“Evidence base”) exige la salutogénesis como base teórica y de la evidencia científica para la “epidemiología de la salud”; (B/“Action”) reivindica el mapeo de activos (Kretzmann y McKnight, 1993) como metodología de identificación de los recursos de la comunidad en un contexto determinado, un paso clave en la implementación de políticas que promuevan la salud; y (C/“Evaluation”) enfatiza la utilización de indicadores de activos en la evaluación de la salud pública para adquirir una estimación realista.

**Figura 3.11: Modelo de Activos.**



Fuente: Adaptado de “Revitalising the evidence base for public health: an assets model” (p. 19), por A. Morgan y E. Ziglio, 2007, *Promotion & Education*, 14(S2)

**(A/“Evidence base”)** ¿En qué medida Morgan y Ziglio se basan en Antonovsky y su teoría salutogénica para la descripción del Modelo de Activos? La revisión que hacen Mittelmark *et al.* (2017) en el Manual de la Salutogénesis (p.47), es manifiesta. En primer lugar, Morgan y Ziglio indican explícitamente la fundamentación de su modelo en la "teoría de la salutogénesis" poniendo el punto de mira en “lo que genera salud” y en la importancia de los recursos para la salud en condiciones estresantes, que explica que unos prosperen y otros enfermen en situaciones similares. Sin embargo, Morgan y Ziglio, al describir los recursos, utilizan la palabra “Assets” (Activos) con un planteamiento amplio que no resulta no contradictorio con la conceptualización de Antonovsky de los Recursos Generales de Resistencia. No mencionan explícitamente el constructo SOC, pero sí hacen referencia a sus dimensiones: “la comprensión del mundo en el que uno vive, como manejable y con significado, permite a las personas hacer uso de los recursos para proteger y promover su salud”. A diferencia de Antonovsky, que se centra en el ámbito individual, Morgan y Ziglio apoyándose en Lindstrom y Eriksson (2005), amplían su perspectiva de recursos a los niveles grupal y social.

Una segunda pieza del puzle del Modelo de Activos, está destinada a la acción **(B/“Action”)** en la que Morgan y Ziglio reivindican la utilización de la metodología de “Asset Mapping” (Mapeo de Activos) para la identificación de tales recursos y la implementación de políticas saludables y acordes a una estimación realista del entorno. La evidencia conseguida durante la primera fase contribuye a entender mejor cómo los activos identificados en la segunda fase pueden ayudar a trazar la hoja de ruta hacia la consecución de resultados positivos. Para la fase de

acción es necesario, en palabras de Morgan y Hernán (2013) “fomentar la confianza y el respeto entre los profesionales y las personas a nivel local” (p.83), y la herramienta idónea es el Mapeo de Activos. Una metodología que introducen Kretzmann y McKnight (1993) en su modelo ABCD, y que Morgan y Ziglio analizan y consideran que abre posibilidades de acción comunitaria, incluso si los recursos públicos escasean, se enfoca en la dignidad humana, y contribuye a los procesos de empoderamiento social por medio de la propiedad de recursos locales y la auto-implantación de programas y actividades (Mittelmark *et al.*, 2017).

En esta segunda fase es esencial que la identificación de activos se desarrolle por la comunidad al completo a través de un proceso reiterativo de visibilización y movilización; es decir, se trata de dar la oportunidad a cada comunidad de establecer sus propias prioridades en salud (visibilización) y proporcionales el apoyo requerido para que identifiquen y adquieran los recursos necesarios para cumplir esa visión (movilización). Las comunidades cambian, cambian los integrantes de los diferentes colectivos, cambian las exigencias, o aparecen nuevos retos y oportunidades, y en base a esta condición dinámica es entendible el hecho de que estos activos puedan o no corresponderse con los previamente identificados en la primera fase. (Morgan y Hernán, 2013)

La tercera y última pieza del Modelo de Activos, es la fase de evaluación (**C/“Evaluation”**); una aproximación multidisciplinar para medir la efectividad de las intervenciones con un conjunto de indicadores salutogénicos (Aviñó, 2017).

#### **3.3.2.4. “Margin of Resources Model”. Modelo de Margen de Recursos de Charlton y White**

Una contribución a la teoría salutogénica de Antonovsky es el “Modelo de Margen de Recursos” (o MRM por sus siglas en inglés “*Margin of Resources Model*”) y el concepto de margen de recursos. El MRM de los diferenciales en salud puede considerarse una aportación “meta-teórica” a la orientación salutogénica en el ánimo de encontrar sinergias con el enfoque de necesidades y sin duda constituye una base firme para una vía de investigación y desarrollo práctico.

Antonovsky al escribir sobre los GRR y los déficits de resistencia, anhelaba una herramienta de medición que permitiera vincular los factores estresantes y los recursos (Antonovsky, 1987, p 31). La aportación clave del MRM es considerar la distribución desigual de los GRR en una sociedad debido a su Posición Socioeconómica (SEP) y a la variable subyacente que es el “margen de recursos”. La SEP se refiere a la situación del grupo social en una estratificación organizada por variables de ingresos, riqueza, nivel educativo y ocupación (Charlton y White, 1995). La SEP estratifica también una gran cantidad de factores “ambientales” que influyen en la supervivencia y la salud incluso antes de nacer, tales como: “el entorno intrauterino, la atención durante la maternidad, el cuerpo y la nutrición maternos y las condiciones de confinamiento, la nutrición diferencial de la infancia, la exposición a infecciones y los peligros ambientales, la conducta de riesgo, los niveles de educación, la calidad de la vivienda, la naturaleza y la seguridad de las ocupaciones, el acceso a la atención médica, etc.” (Charlton y White, 1995, p.237).

Para Charlton y White (1995) el “margen de recursos” se corresponde con el margen comprendido entre los GRR necesarios para cumplir las “aspiraciones” esenciales (a nivel individual o grupal) y el total de GRR que están disponibles. Entre los recursos se hace una analogía con los ingresos disponibles, y también la riqueza, el poder, estatus, las redes familiares, los recursos sociales y recursos personales. Las necesidades se definen no solo como necesidades objetivas para la supervivencia -puramente biológicas-, sino también como aspiraciones establecidas socioculturalmente y ligadas a la participación en la vida social; son ineludibles y objetivamente necesarias para la pertenencia a la sociedad.

*“Margen de Recursos” (MR) = Recursos – Necesidades.  
+ MR → + autonomía a largo plazo → – conductas de riesgo y +  
promoción de conductas saludables.*

El MRM postula que las aspiraciones son universales en todas las culturas. La capacidad de realizar tales aspiraciones está limitada por el tamaño/dimensión del “margen de recursos”, y ésta dimensión es positiva respecto al nivel socioeconómico de una comunidad o sociedad. Según sus autores, la relación del nivel SEP con el grado en salud, además de positiva, es progresiva y acumulativa aunque no directamente proporcional, ya que se extiende desde la parte inferior hasta la parte superior de la escala socioeconómica. Tampoco parece existir un umbral ni una meseta en el nivel de salud: “los beneficios de la SEP continúan incrementando el grado de salud incluso entre las clases sociales más altas, las más ricas y las más educadas” (Charlton y White, 1995, p.235). La relación SEP-Margen es universal para todas las sociedades y clases, aunque haya algunas excepciones como se ha



demostrado, por ejemplo, con la prevalencia de cáncer de mama o la poliomielitis que son más comunes en los grupos socioeconómicos más altos. Sin embargo, Charlton y White (1995) afirman que “los comportamientos que dañan la salud ocurren solo entre una minoría de la población de cada estrato, y dentro de una sociedad podemos predecir que las aspiraciones sociales comunes que motivan el comportamiento también promueven la salud” (p.238). De cualquier forma, siguiendo el modelo MRM se puede promover la salud aumentando el citado margen, y éste a su vez se puede incrementar fortaleciendo los recursos y/o disminuyendo las necesidades (Mittelmark *et al.*, 2017, p.49).

Un instinto de búsqueda o aspiración es la mejora de estatus impulsado por el aumento de la posición socioeconómica, la cual proviene de la adquisición de los excedentes de GRR. La salud se mejora indirectamente ya que el excedente produce más salud, y la salud a su vez proporciona una mayor ventaja (un alto SOC). Un alto SOC refuerza la capacidad de reunir y usar más GRR para enfrentar los desafíos de la vida, y a su vez aprovechar aún más el excedente. (Mittelmark *et al.*, 2017)

Charlton y White (1995) son conscientes de las fortalezas del modelo pero también sus limitaciones, y así lo explican: para medir «el margen» es necesario cuantificar estos recursos y necesidades. Curiosamente, la clase social es la medida actual de la SEP que se aproxima más al margen, siendo en efecto una medida global de los recursos que incorporan riqueza, ingresos y estatus. Sin embargo, para obtener una medida del margen, la clase social debería ubicarse en un contexto social específico que incluya medidas de recursos sociales y

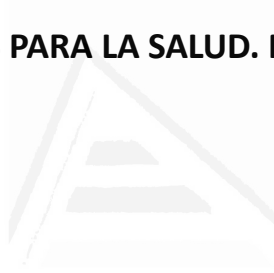
psicológicos. Además, el MRM busca explicar los diferenciales de salud, no los determinantes de salud, para explicar la distribución de la salud dentro de una sociedad determinada, no las causas últimas de la salud.

De un modo u otro, los modelos descritos responden a un cambio de paradigma, que va más allá del propio del ámbito de la salud, donde los esfuerzos se orientan a identificar los recursos que existen y de los que dispone una comunidad o un sistema organizacional, incluyendo el valor de las capacidades de las personas y organizaciones para lograr una mayor resiliencia y rendimiento, mejorando nuestro nivel de bienestar. Un paradigma que en el ámbito de la salud pretende no caer de nuevo en el imperiolismo biomédico, involucrando a la ciudadanía y, por medio de la colaboración intersectorial para la “Salud en Todas las Políticas”, actuando sobre los determinantes de la salud, la justicia ambiental, social, y sobre las necesidades y los activos.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**CAPÍTULO 4**  
**ACTIVOS PARA LA SALUD. MARCO CONCEPTUAL Y**  
**ANTECEDENTES**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

«La vida consiste no en tener buenas cartas, sino en  
jugar bien las que uno tiene»

*Josh Billings*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

La presente investigación busca avanzar en el conocimiento, dentro del desierto teórico concerniente a la fundamentación salutogénica de Aaron Antonovsky y su aplicación empírica en el modelo de activos de Kretzmann y McKnight, o de Morgan y Ziglio. Este vacío se manifiesta en investigaciones que revelan la importancia de averiguar, no solo qué activos valoran las comunidades, sino también porqué son interiorizados y valorados como tales, lo que los caracteriza, los distingue de otros y la forma en que se utilizan (Aviñó, 2017; Jakes *et al.*, 2015). En la revisión de Mittelmark *et al.* (2017) se afirma la necesidad de examinar más a fondo “cuándo un recurso se convierte en GRR” (p.167) y la importancia de desarrollar indicadores apropiados. Este mismo trabajo habla sobre el proceso de interiorización o internalización (“*internalization process*”), y el hecho de cómo un recurso urbano puede convertirse en un activo según el grado de participación de los ciudadanos en la planificación, diseño y manejo de ese recurso:

“¿Es posible que el propio hecho de estar involucrado en estos procesos sea beneficioso para la internalización, mejorando así la salud? ¿Podemos definir las condiciones y las cualidades dentro de los recursos que mejoran su «internalización»?” (Mittelmark, 2017, p.177)

Jakes *et al.* (2015) afirma que, comprender por qué las comunidades identifican ciertas organizaciones como ejemplares pero otros recursos no, puede ayudar a los miembros y líderes de la comunidad a desarrollar los estándares o criterios comunitarios de los activos, de la tal manera que articulen el acuerdo de prioridades, valores o estructuras sociales compartidas.

En el estudio de Hilfinger, Sharpe, del Castillo-González, Treviño y Parra-Medina (2017) sobre promoción de la actividad física desde la acción comunitaria, señalan que aun siendo necesario identificar los activos en la comunidad, “se han de tener en consideración los factores que disuaden a la población hacerlo, como son por ejemplo el tráfico en la zona o el dinero que se ha de pagar para poder hacer uso del espacio” (Hilfinger *et al.*, 2017, como se citó en Aviñó, 2017, p.264). Existe muy poca investigación, y tampoco hay acuerdo conceptual, acerca de dichos factores disuasorios que dificultan que un recurso potencialmente activo para la salud no sea identificado como tal por toda la comunidad o parte de ella. O lo que es lo mismo, desde una perspectiva positiva, aquellos factores que facilitan que un recurso sea identificado como activo.

A continuación, se presenta la revisión panorámica realizada sobre el concepto de activos en el ámbito de la salud, que tiene como propósito responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué entiende la literatura por activos para la salud, y qué no?
- ¿Qué diferencia un recurso de un activo para la salud?

#### 4.1. REVISIÓN CONCEPTUAL DEL CONCEPTO “HEALTH ASSETS”

Una segunda búsqueda bibliográfica conceptual se ha centrado en el concepto de “activos” en el ámbito de la salud o “*health assets*”, con el propósito de profundizar en su definición y conceptos semejantes dentro del paraguas salutogénico ya mencionado.

Los datos que se presentan de esta revisión son una muestra de la amplia búsqueda bibliográfica llevada a cabo. Así por ejemplo, a continuación se exponen algunos ejemplos de las estrategias bibliográficas<sup>22</sup> ejecutadas:

- ❖ En la Web Of Science:
  - ((*TI="health assets"*) AND (*AB="health assets"*)) → 33 resultados
  - (*TI="health assets"*) → 57 resultados.
  - (*TS="health assets"*) → 165 resultados
- ❖ En Scopus:
  - *TITLE (assets) AND KEY (assets)* → 9.944 resultados.
    - Filtro por palabras claves: *assets AND health AND asset valuation AND physical assets AND sustainability AND* → 408 resultados.
    - Filtro por área temática: *social sciences AND environmental Science AND medicine AND arts and humanities AND multidisciplinary AND psychology* → 128 resultados.
  - *TITLE ("health assets")* → 39 resultados.

---

<sup>22</sup> Resultados totales, actualizados a fecha de agosto de 2020

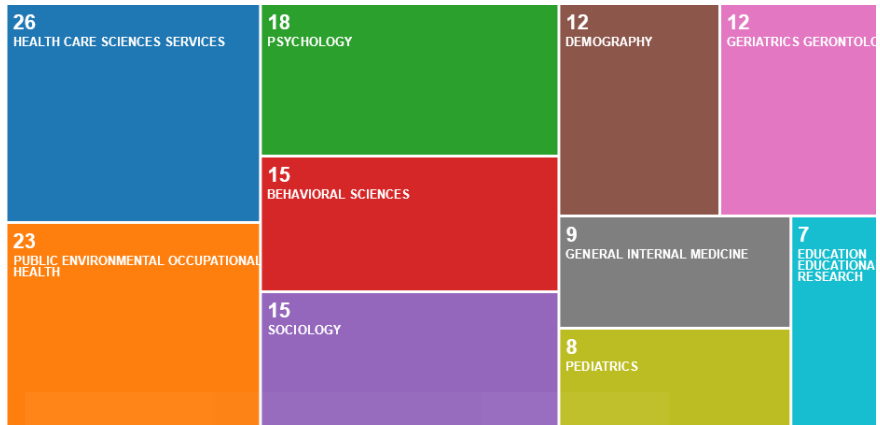


- *TITLE ("health assets") AND NOT (TITLE ("health assets") AND ABS ("health assets"))* → 24 resultados.
- *"health assets" (titles-abstracts-keywords)* → 207 resultados (146 artículos, 14 capítulos-libros, 11 documentos de conferencias,...).
- ❖ En MedLine: (*"health assets"[Title]*) OR *"health assets"[Abstract]* → 33 resultados.
- ❖ En Springer Link: (*"health assets"*) → 232 resultados (116 capítulos-libros, 106 artículos).
- ❖ En EBSCOhost: *"health assets" (texto completo) OR "health assets" (título)* → 90 resultados.

Sobre la distribución de los resultados por áreas de investigación o tipología de documentos, así como la evolución histórica de las publicaciones en relación al concepto de activos, se expone como modelo los resultados obtenidos de la búsqueda realizada en la base de datos Web of Science (WOS).

Así pues, de los trabajos titulados con el concepto de *"health assets"*, no se pudo acceder a 5 de los 57 documentos, y encontramos que entorno al 66% son trabajos categorizados como del ámbito del sistema sanitario y servicios. El 50% de ellos también se etiquetan como estudios de «salud pública», y entorno al 15% de psicología o de ciencias sociales. También, un 12% pertenecen al campo de la enfermería (figura 4.1).

**Figura 4.1: Resultado de búsqueda en la Web Of Science. TI="health assets".**



Fuente: Web Of Science.

De los resultados obtenidos, destaca la presencia de artículos originales (66%), algunos de tipo explicativo (teóricos o conceptuales) sobre el enfoque salutogénico y de activos en el ámbito de la salud (20%), aunque mayoritariamente descriptivos con una finalidad de detección o diagnóstico de activos internos (35%) fundamentalmente de la población joven, y no tanto de mayores o colectivos vulnerables, como se podría esperar. Esta apreciación es igualmente advertida en la revisión sistemática de Van Bortel, Wickramasinghe, Morgan y Martin (2019).

Sobre el resto de documentos, la tipología es de documentos publicados en congresos o conferencias (18%) y capítulos de libros (14%). En cuanto al país de origen de las publicaciones, y a diferencia del campo de investigación sobre salutogénesis, España recoge el mayor porcentaje de documentos sobre activos de salud (24% de todos ellos),

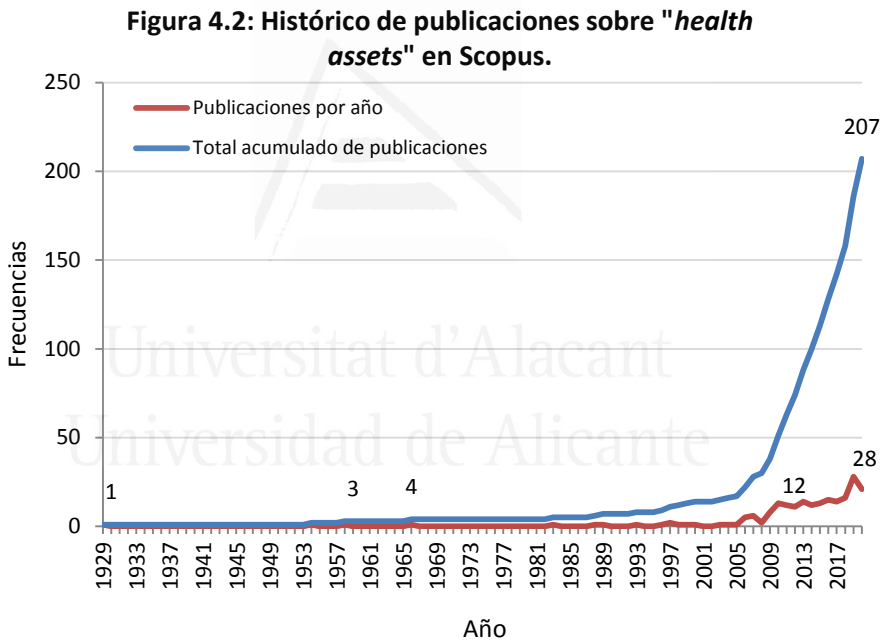
por encima de Australia y Estados Unidos. Sin embargo, Van Bortel *et al.* (2019) explican que el análisis por geografía puede estar sesgado debido al hecho de que el término "activo" no se traduce lo suficientemente bien como para ser utilizado en algunos contextos socioculturales y políticos. Si atendemos a las autorías de los documentos, emergen nombres como el de Eric Kim, Laura Kubzansky, Antony Morgan, Rafael Cofiño y Mariano Hernán.

En la figura 4.2 podemos ver el histórico de publicaciones por años y total acumulado en Scopus. En este caso, es observable el exponencial interés por este concepto a partir del años 2005 - 2007. Mucho antes incluso que el concepto y enfoque de la salutogénesis, el primer artículo registrado en el histórico de Scopus que hace uso del concepto de *health assets* data del año 1929, y trata de un estudio sobre las «casas de maternidad» y los cuidados en maternidad como activos para la salud de las madres y los hijos. En palabras de Linton (1929) este estudio titulado "*The Maternity Home as a Health Asset*", buscaba como objetivo:

"[...] permitir que los habitantes mantengan un alto nivel de salud asegurándoles, en las primeras etapas de su existencia, las condiciones que permitan a sus padres, y luego a los propios niños, adquirir algún conocimiento de las leyes de la salud, y aplicar ese conocimiento en la conducción de sus propias vidas" (p.725)

Más adelante, en 1954 y 1958 se encuentran dos artículos publicados por Jean Spencer Felton en el campo de investigación de la salud ocupacional (*Recreation programs in industry; health asset or liability?*, 1954; *Religious activities in industry; occupational health asset*, 1958). Le siguen otras publicaciones del campo de los cuidados

enfermeros cuyo enfoque se refiere fundamentalmente a los factores protectores: *"Needle puncture: health asset or menace"* (1966), *"Effectiveness of public health nurse home visits to primiparous mothers and their infants"* (Barkauskas, 1983), *"The social mandate and historical basis for nursing's role in health promotion"* (Novak, 1988). Es a partir del 2000 cuando se observa un crecimiento en el número de publicaciones bajo el enfoque de activos y no solo como factores protectores.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, resumimos en la tabla 4.1 los documentos (artículos, libros, trabajos doctorales, guías o informes) que se han considerado más relevantes en la definición del enfoque de activos en el ámbito de la salud. Hay estudios que se han descartado por abordar temas que no tratan el concepto de activos desde lo estrictamente sanitario o de la salud/bienestar.

**Tabla 4.1: Documentos de revisión conceptual “assets” en el ámbito de la salud**

Fecha	Título	Autores	Tipo de documento	Ámbito
1990	Mapping Community Capacity	Kretzmann y McKnight	Libro. Explicativo	ABCD
1993	Building Communities from the Inside Out: A path toward finding and mobilizing a community's assets	Kretzmann y McKnight	Libro. Explicativo	ABCD
1996	Assets-based community development	Kretzmann y McKnight	Artículo. Explicativo	ABCD
1999	Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development	Scales y Leffert	Libro. Revisión	Activos desarrollo
2006	The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators	Bauer, Davies y Pelikan	Artículo. Explicativo	Salud Pública

2007	Revitalising the evidence base for public health: An asset model	Morgan y Ziglio	Artículo. Explicativo	Salutog. Salud Pública
2010	Health Assets in a Global Context: theory, methods, action	Morgan, Davies y Ziglio. (ed.)	Libro. Explicativo	Salutog.
2010	Health assets: A concept analysis	Rotegard, Moore, Fagermoen y Ruland.	Artículo. Explicativo	HA
2011	Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud	Rivera de los Santos, <i>et al.</i>	Artículo. Explicativo	Salutog. Salud Pública
2011	Asset based approaches for health improvement: redressing the balance	Glasgow Centre for Public Health	Documento informativo	Salutog. HA. ABCD
2011	Nurse Perceptions and Experiences of Patient Health Assets in Oncology Care: A Qualitative Study	Rotegard, Ruland y Fagermoen.	Artículo. Descriptivo (cualitativo)	Cuidados. Enfermería
2013	'What we've tried, hasn't worked': the politics of assets based public health	Friedli.	Artículo. Descriptivo	Salud Pública
2013	Development and Validation of the Middle Years Development Instrument (MDI): Assessing Children's Well-Being and Assets across	Schonert-Reichl, <i>et al.</i>	Artículo. Explicativo y descriptivo	HA. Infancia/ adolescent Escala

	Multiple Contexts			
2013	Mapping religious health assets: Are faith-inspired facilities located in poor areas in Ghana?	Coulombe y Wodon.	Artículo Descriptivo (cuantitativo)	HA
2013	Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores	Paredes-Carbonell, <i>et al.</i>	Artículo. Descriptivo de tipo mixto	Psicología. SOC
2013	Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad	Botello, <i>et al.</i>	Artículo. Explicativo	Salutog.
2014	Revisar el Modelo de los Activos: aclaración de ideas y términos	Morgan.	Artículo. Revisión. Explicativo	Salutog. Salud Pública
2014	Health and Academic Achievement: Cumulative Effects of Health Assets on Standardized Test Scores Among Urban Youth in the United States	Ickovics, <i>et al.</i>	Artículo. Descriptivo (cuantitativo)	HA. Infancia/ adolescent
2015	Adapting the assets of urban low-income households with climate extremes: Experience from Dhaka	Jabeen.	Artículo. Descriptivo (cualitativo)	Enfoque AB
2015	Improving the evidence base on public health assets- the way ahead: A proposed research agenda	Álvarez-Dardet, Morgan, Cantero y Hernán.	Nota comentario	Salud Pública. HA

2015	Value of schools as a community health asset	Caan, <i>et al.</i>	Artículo. Meta-síntesis	ABCD. Infancia/ adolescent
2015	Health assets for adolescents: opinions from a neighbourhood in Spain	Perez-Wilson, Hernan, Morgan y Mena.	Artículo. Descriptivo (cualitativo)	HA. Infancia/ adolescent
2016	Community Health Asset Mapping Partnership Engages Hispanic/Latino Health Seekers and Providers	Cutts, Langdon y Meza.	Artículo. Investigación-acción	CBPR
2016	Are health assets associated with improved outcomes for hospitalised older adults? A systematic review	Gregorevic, <i>et al.</i>	Artículo. Revisión sistemática	HA. Mayores
2017	Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España	Vera-Remartínez, <i>et al.</i>	Artículo. Descriptivo de método mixto	Psicología. SOC
2017	Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions	Pons-Vigues, <i>et al.</i>	Artículo. Descriptivo (cualitativo)	Salutog. Salud Pública



2017	Salutogénesis, Sentido de la Vida, Percepción de Salud y Activos para la Salud en cuidadores formales e informales de enfermos de Alzheimer: un estudio experimental desde la Terapia Ocupacional	Agulló Cantos.	Tesis doctoral. Estudio mixto	Salutog. Psicología
2017	Health assets in older age: A systematic review	Hornby-Turner, Peel y Hubbard.	Artículo. Revisión sistemática	HA. Mayores
2017	Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community	Klemera, Brooks, y Chester.	Artículo. Descriptivo (cuantitativo encuesta)	HA. Infancia/ adolescent
2017	Mapping Caregivers' Health Assets. A self-care project using Salutogenesis and Mindfulness	Alpuente, Cintas, Foa y Cosentino.	Artículo. Investigación-acción	ABCD. Cuidados
2017	Mapeo de activos en salud en dos barrios vulnerables y su dinamización en una intervención comunitaria participativa	Aviñó.	Tesis doctoral. Investigación-acción	ABCD
2017	The intrapersonal health determinants, assets, and character strengths of college students and their intentions to seek help for mental health problems	Edwards.	Tesis doctoral. Descriptivo transversal	Psicología. CSV

2018	Validation of the health assets index in the Australian inpatient setting: a multicentre prospective cohort protocol study	Gregorevic, Hubbard, Peel y Lim.	Artículo. Explicativo y descriptivo	HA. Mayores. Escala
2018	Looking for capacities rather than vulnerabilities: The moderating effect of health assets on the associations between adverse social position and health	Roy, <i>et al.</i>	Artículo. Descriptivo (cuantitativo transversal)	Salutog. Psicología.
2019	Mejorar la salud comunitaria: acción comunitaria basada en activos	Cofiño, Llanes, Blanco y Hernán-García.	Artículo. Explicativo	HA. ABCD
2019	Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud	Hernán-García, García, Cubillo y Cofiño	Artículo. Explicativo	Salutog. ABCD
2019	Asset-Based Community Development: Narratives, Practice, and Conditions of Possibility—A Qualitative Study With Community Practitioners	Harrison, <i>et al.</i>	Artículo. Explicativo y descriptivo (cualitativo)	ABCD
2019	Intergenerational understandings of personal, social and community assets for health	O'Connor, Alfrey, Hall y Burke.	Artículo. Descriptivo (cualitativo)	Salutog. Enfoque AB

2019	Health assets in a global context: a systematic review of the literature	Van Bortel, Wickramasinghe, Morgan y Martin.	Artículo. Revisión sistemática	Salutog.
2020	Identification of Cultural and Transcultural Health Assets Among Moroccan, Romanian and Spanish Adolescents Through Photovoice	Soriano-Ayala, Cala y Ruiz-Salvador.	Artículo. Descriptivo (cualitativo)	Salud Pública. HA
2020	Health Assets, Vocation and Zest for Healthcare Work. A Salutogenic Approach to Active Coping among Certified Nursing Assistant Students	Colomer-Perez, Chover-Sierra, Gea-Caballero y Paredes-Carbonell.	Artículo. Exploratorio, analítico (mixto)	Salutog. HAM

Fuente: elaboración propia.

Los enfoques y modelos salutogénicos descritos en el capítulo anterior responden a una metodología específica, no reciente ni innovadora en su fundamento pero sí cada vez más utilizada en las vertientes de salud positiva: la llamamos “mapeo de activos” o en inglés “*asset mapping*”. Y para avanzar metodológicamente primero hay que responder cuestiones de análisis teórico-conceptual como ¿Qué son los “activos de salud” o “*health assets*”? ¿Hablamos de lo mismo cuando nos referimos a recursos de salud o activos para la salud? ¿Qué entendemos por «mapeo de activos»? ¿En qué consiste este método?

## 4.2. SIGNIFICADO DE MAPEO DE ACTIVOS

En el libro *“Building Communities from the Inside Out”*, Kretzmann y McKnight (1993) introducen el modelo ABCD y hablan del *“asset mapping”* como el proceso de construcción de un inventario dinámico de las fortalezas y capacidades de las personas que forman una comunidad, antes de intervenir.

A partir de la aportación seminal de Kretzmann y McKnight, Kerka (2003, como se citó en Kramer, Amos, Lazarus y Seedat, 2012) define el “mapeo” como un «proceso de documentación» de recursos tangibles e intangibles disponibles en una comunidad, que deben preservarse y mejorarse (p.537). Estos recursos pueden pertenecer a toda una comunidad o pueden ser propios de individuos, grupos u organizaciones dentro de la comunidad (Kramer, 2012). Hay que considerar también relevantes el lenguaje y la influencia de fuentes internas de conflicto y fuerzas externas de competencia, ya que es erróneo creer que una comunidad pueda estar libre de estas tendencias competitivas y/o conflictivas (fundamentalmente luchas de liderazgo), o aspirar a lograr una perfecta armoniosidad. Dichas tendencias pueden ser parte de las características creativas y transformadoras de las comunidades (Mohamed *et al.*, 2017; Kramer, 2012). Según Ares y Risler (2013) “el mapa es una estrategia narrativa más una decisión táctica” que construye significado en un triple sentido: tiene su marca en la sensibilidad, orienta y habilita la comprensión. Para estos autores, “instalar el mapeo como práctica, como herramienta crítica, supone una tarea colectiva de reconstrucción del entramado de cada situación, de relevar (más que totalizar) la complejidad de los territorios” (p.58).

La Fundación Railton y la Universidad de Stellenbosch (2010) en una experiencia de mapeo comunitario en base al modelo CHAMP, refieren que el mapeo de activos comunitarios es un enfoque de «vaso medio lleno» al centrarse en los aspectos positivos de la comunidad, y dentro de la evaluación comunitaria. O'Connor, Alfrey, Hall y Burke (2019) convencen de que los miembros de la comunidad están bien posicionados para ayudarnos a comprender cuáles de los recursos del territorio les importa más; y en este sentido, Matthiesen, Froggatt, Owen y Ashton (2014) explican que el mapeo debe involucrar a la comunidad en torno a un problema en común con el objeto de identificar las áreas prioritarias donde pueden ocurrir conexiones, desarrollos y cambios. Por esta razón, autores como Morgan y Ziglio (2007) en su modelo HAM, o Mikler y Wallerstein (2008, como se citó en Mohamed *et al.*, 2017), si bien animan a centrar la mirada en los activos, advierten no olvidar la perspectiva enfocada en las necesidades, y que conjuntamente conforman el diagnóstico de salud contextual y temporal de una comunidad determinada y deberá orientar las intervenciones de «políticas saludables».

El mapeo de activos propuesto por Kretzmann y McKnight en el proceso ABCD, así como otros semejantes (PIRHANA, CHAMP, SLA, etc.), tienen en común la intención de empoderar a la comunidad en la activación de su propia agenda de recursos y fortalezas. Como Kretzmann y McKnight (1993) introducen en su modelo, este se define por tres características simples e interrelacionadas: proceso «basado en activos», «centrado internamente» en los recursos locales, y en el «impulso relacional», construyendo continuamente nuevas relaciones entre residentes, asociaciones e instituciones (p.9). Las características de

este proceso hacen necesario replantear la comunidad como ingeniosa y resiliente; reconociendo la importancia de las redes y relaciones, y facilitando la inclusión y participación grupal que promueva el desarrollo y la participación en el liderazgo (Mohamed, Suffla y Christie, 2017). En los términos referidos por Arnstein (1969) se entendería como un método que promueve la “verdadera participación” en el ámbito de la salud, o según la OMS, el “empoderamiento para la salud”.

En este sentido, Ares y Risler (2013) conciben el “mapeo” como una práctica o acción en la cual el mapa es sólo una de las herramientas en un proceso o estrategia mayor, entendiéndose como un medio y no un fin. En los términos empleados por los autores, el mapeo es:

“Un «medio-para» la reflexión, la socialización de saberes y prácticas, el impulso a la participación colectiva, el trabajo con personas desconocidas, el intercambio de saberes, la disputa de espacios hegemónicos, el impulso a la creación e imaginación, la visualización de las resistencias, el señalamiento de las relaciones de poder, entre muchos otros” (p.7).

...y continúan diciendo: “(el mapa) se parece al lenguaje ya que no preexiste más que como potencia al acto mismo de ponerlo en práctica” (Ares y Risler, 2013, p.58), y esto es debido a su capacidad de revelar algo que no está en las percepciones de cada individuo por separado, aunque el mapa se construya a partir de cada una de ellas.

Se entiende entonces que, inherente al concepto de mapeo, existe una manifestación de intenciones de cambiar el enfoque teórico-práctico hacia un ejercicio reflexivo con la comunidad y mejora de su resiliencia y bienestar. Y como refieren Kretzmann y McKnight (1993), el “*asset mapping*” es una técnica para iniciar este proceso, y la comunidad

es el medio (Segura, 2018; Jakes *et al.*, 2015; Baker, 2007). Si bien, los estudios que describen experiencias de este tipo, a menudo simplifican el trabajo a una mera elaboración de un inventario de fortalezas internas de los participantes, o su relación con recursos de la comunidad que se muestran en un mapa geográfico.

Sea como fuere, el mapeo y los materiales elaborados por sí solo no producen transformaciones (Ares y Risler, 2013), de ahí que Cubillo-Llanes *et al.* (2018) reclaman el hecho de que este mapa es objeto de devolución del proceso, y la rica información que recoge debe volver al territorio, difundándose entre las personas que participaron en su producción y la ciudadanía en general. Una vez descubiertos los activos en el mapa, no es suficiente con asegurar que estén disponibles para las personas de la comunidad, sino que deben crearse oportunidades para ayudar a las personas a reconocerlos y movilizarlos o utilizarlos a favor de su salud y bienestar (Mittelmark, 2017).

La utilidad del mapeo es muy amplia y diversa según en manos de quien se ponga. En primer lugar, ayuda a revelar fortalezas y recursos previamente no reconocidos, como por ejemplo las estructuras informales de liderazgo, las redes sociales subyacentes y las narrativas/culturas históricas (ARHAP, 2006, como se citó en Mathie y Cunningham, 2003). En segundo lugar, cuando las comunidades crean una narrativa o identidad basada en aquello positivo que pueden hacer o incluso que ya están haciendo, los miembros de la comunidad se involucran más en el proceso, aumentando su sentido de pertenencia y disposición (Mathie y Cunningham, 2003; Kretzmann y McKnight, 1993). Al actuar con los agentes locales de la comunidad, dando la oportunidad de pensar espacialmente sobre su entorno y haciendo uso de los

recursos propios, se produce un efecto de empoderamiento social y un aumento de la autonomía de la comunidad. Se impulsa así un desarrollo sostenible y duradero en el tiempo (Páneek, 2015), en lugar de crear dependencia de proveedores y recursos de servicios externos (Butterfield, Yeneabat y Moxley, 2016; DyckFehderau, Holt, Ball y Willows, 2013). Esto no significa que los recursos externos (p.ej. subvenciones o experiencia externa) no sean importantes, sino que la base del cambio es la propia capacidad de la comunidad. Cuando el cambio comunitario es impulsado internamente, los colectivos marginados también se convierten en proveedores de habilidades y activos, y en creadores de cambios (Jakes *et al.*, 2015, p.392) y “éstos pueden ayudar a crear un camino por el que todo el mundo pueda caminar” (Kretzmann y McKnight, 1993, p.347). De esta manera, modelos como el ABCD se convierten en enfoques especialmente interesantes para las comunidades que históricamente han sido marginadas y consideradas como dependientes. Así lo expresan Williams, Boddie y Rice (2010):

“En comunidades con numerosas vulnerabilidades, puede resultar difícil superar la variedad de desafíos económicos, sociales, organizacionales e individuales. Al menos estar al tanto de los recursos y las barreras en un entorno local puede ayudar a determinar qué estrategias son factibles” (p.100).

El método de “*asset mapping*” es utilizado cada vez más para la planificación estratégica de intervenciones basadas en la ubicación de poblaciones en riesgo (por ejemplo, áreas de alta delincuencia, capacidad de resolución de problemas); para estudiar interacciones complejas relacionadas con un problema de salud -multicausal- al analizar los datos del mapa con otros indicadores geográficos (por



ejemplo la relación entre áreas densas con viviendas deficientes y bajo peso al nacer); y junto con otros métodos, para mejorar la implementación y adecuación de determinados programas, y “la evaluación de iniciativas basadas en la comunidad que pretenden abordar o prevenir problemas tales como la violencia, el abuso y negligencia infantil...” (Aronson, Wallis, O'Campo y Schafer, 2007, p. 374). Por consiguiente, la identificación de los activos debe estar vinculada al diseño de actividades de Promoción de la Salud planificadas, diseñadas y evaluadas por la comunidad y, en base a esto, ofrecer la posibilidad de que los profesionales del Equipo de Atención Primaria ejerzan la llamada «prescripción social»<sup>23</sup>. Según el Observatorio de Salud de Asturias (López *et al.*, 2018, p.13), incluir la metodología de activos en las consultas de Atención Primaria, por medio de las técnicas de mapeo y la prescripción social entre otras, ayudaría a:

- Acercarnos a la perspectiva salutogénica, no medicalizadora, con un enfoque positivo de la salud centrado en aquellas riquezas que generan salud y bienestar.
- Incluir una perspectiva de orientación comunitaria y de promoción de la salud en la atención individual.
- Potenciar la autonomía y empoderamiento de las personas.
- Abordar las desigualdades en salud incidiendo sobre determinantes sociales de la salud desde los servicios de atención asistenciales.
- Optimizar los recursos existentes e interconectarlos para su mayor aprovechamiento.

---

<sup>23</sup> La prescripción social es conceptualizada por otros como «recomendación de activos a la comunidad» para evitar el enfoque paternalista de la palabra “prescripción” y entendiendo también que no todos los activos que se recomiendan van a ser sociales. (López *et al.*, 2018).

- Reducir costes (siendo necesaria una inversión inicial para su implementación).

El proceso de mapeo también resulta especialmente útil para proporcionar datos fiables a los investigadores (Allar *et al.*, 2017). Para que los investigadores obtengan ésta información precisa, deben usar técnicas de comunicación que permitan dar voz a aquellos colectivos e individuos que, con otros métodos, pasarían desapercibidos (Wang, 2006, como se citó en Cubilla-Batista *et al.*, 2017). Técnicas que por antonomasia son metodologías cualitativas que permiten la investigación a través de la obtención de información narrativa o conversacional y observacional de la realidad social, y por medio de la triangulación de diferentes fuentes para encontrar redundancias y complementariedad en los datos.

Sin entrar en el detalle, las técnicas cualitativas más utilizadas en el proceso de mapeo son: el uso de mapas mudos o Gymkhana-mapeo para la identificación de recursos; las entrevistas en profundidad (libres o semiestructuradas); grupos focales o grupos de discusión para conversar bajo un guion o de manera más informal (“tertulias de café”); la metodología de *photo-voice*, entendida como la toma de conciencia de la comunidad a través de la reflexión y discusión de las fotografías de la comunidad; la elaboración de sociogramas (elaboración gráfica colectiva de la red de relaciones sociales entre los actores vinculados a un tema-problema); o la investigación narrativa o *storytelling* sobre experiencias de vida. (Botello *et al.*, 2013; Cubillo-Llanes *et al.*, 2018; Hernán *et al.*, 2015; López-Sánchez *et al.*, 2018)

Por otro lado, es cada vez más frecuente encontrar estudios que emplean los SIG para el mapeo de recursos (Brown y Kytä, 2014; Brown,

2008; Burton *et al.*, 2009; Pánek, 2015; Kramer *et al.*, 2012; Wu y Miller, 2001). Estos sistemas permiten la geolocalización de aquellos recursos identificados y que el equipo de investigación pueda examinarlos, realizando análisis según la proximidad, la accesibilidad por densidad poblacional, la conectividad, o centralidad de un recurso desde la perspectiva de “red de nodos”. Esta información es posible compararla cuantitativamente con otras variables como características sociodemográficas, la morbilidad y mortalidad por enfermedades, según los comportamientos de salud, o determinadas políticas, lo que permite comprender mejor los vínculos ecológicos en múltiples niveles entre las personas y sus entornos (Nykiforuk y Flaman, 2011). Pese a sus claras ventajas con respecto al resto de técnicas mencionadas, como ya advierte el trabajo de Kramer *et al.* (2012), en muchos casos estos métodos no se realizan en talleres comunitarios y el proceso de mapeo pierde una de sus características esenciales: la participación social.

De acuerdo con Kretzmann y McKnight (1993), el mapeo de activos debe tener lugar dentro de un proceso más amplio de movilización de la comunidad, y este proceso es variable, si bien ha de realizarse de forma sistematizada según distintas fases adaptables a la realidad en la que se va a implantar puesto que, en la práctica, algunas de ellas pueden coincidir en el tiempo (Botello *et al.*, 2013; Cubillo-Llanes *et al.*, 2018; Hernán *et al.*, 2015; Vaandrager y Kennedy, 2010).

Kretzmann y McKnight hablan de cinco pasos «hacia la movilización de toda la comunidad» incluyendo el propio paso de la identificación de activos como fase inicial del proceso:

- “(1) Mapeo completo de las capacidades y activos de individuos, asociaciones ciudadanas e instituciones locales; (2) Construir relaciones sociales entre los activos locales para la

resolución de problemas mutuamente beneficiosos dentro de la comunidad; (3) Movilizar los activos comunitarios para compartir información y favorecer el desarrollo económico; (4) Convocar a un grupo lo más ampliamente representativo posible con el propósito de construir una visión y un plan conjunto de la comunidad; (5) Aprovechar las actividades, inversiones y recursos de fuera de la comunidad para apoyar el desarrollo definido localmente” (Kretzmann y McKnight, 1993, p.345).

Una aproximación de los pasos a seguir, que sintetiza otras propuestas bien acogidas como la de Botello *et al.* (2013) o la de Segura (2018), sería la siguiente:

- Fase 1: constitución del grupo motor del proceso, procurando incluir representantes de los diversos grupos de la comunidad (entidades, profesionales de la salud y ciudadanía) y referentes o informantes clave. Las "mesas intersectoriales de salud", los "planes de acción local en salud", las "plataformas de participación ciudadanas para la salud" o los "consejos de salud", son ejemplos de alianzas capaces de desarrollar estos procesos.
- Fase 2: elaboración de un primer diagnóstico de salud comunitario, identificando la comunidad, delimitando el ámbito de estudio y definiendo las variables e indicadores a contemplar. Es necesario conocer el estado de salud inicial, las necesidades constatadas y las características sociodemográficas del colectivo.
- Fase 3: planificación del proceso de mapeo de activos y exposición de los objetivos, la estrategia de participación y las nociones básicas conceptuales y prácticas, a los agentes locales y a los participantes en la identificación de activos.
- Fase 4: realización del trabajo de campo referido a la confección del mapa que recoja la dotación de activos existentes y la identificación de proyectos de intervención ya en funcionamiento.

- Fase 5: conexión entre activos y acción. Primero es necesario el encuentro de los participantes para consensuar la inclusión de los recursos detectados en el mapa de activos. Este trabajo queda en manos de su experiencia y puede resultar laborioso y complejo porque requiere un ejercicio de abstracción de nuestros valores individuales. Una vez consensuados los activos, el siguiente paso será relacionarlos con las necesidades o problemas de la población, momento en el cual puede ser importante recordar los objetivos iniciales del proyecto. Es fundamental que esta fase de producción sea participativa y con enfoque de equidad para que los materiales que se generen sean útiles a la comunidad y evitando que la información aportada no amenace ni vulnerabilice a ningún colectivo (Ares y Risler, 2013).
- Fase 6: difusión de los resultados y discusión con los agentes participantes. La información recogida tiene que devolverse a la comunidad (mediante soporte documental, sitio web o medios de comunicación), creando oportunidades que ayuden a reconocer los recursos existentes y a su movilización en favor de la salud y el bienestar. Estos materiales deben ser herramientas flexibles para ampliar el diálogo con otros agentes de la comunidad y no conclusiones cerradas e inmutables (Cubillo, García, Cofiño y Hernán-García, 2019).

Programas a nivel nacional como “Asturias Actúa” del Observatorio de Salud de Asturias (2012) o la “Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares” (Cabeza *et al.*, 2010) hacen una adaptación a sus estrategias locales, variando sobre el papel el orden de los factores pero sin afectar los resultados u objetivos finales, ya que en la práctica muchas de estas etapas convergen en el proceso. La guía elaborada por el Observatorio de Salud de Asturias adopta una metodología mixta haciendo uso por igual de la identificación de problemas, determinantes sociales para la salud, y

recursos disponibles y programas o intervenciones que ya se estén realizando y sean identificadas como efectivas.

En todos los modelos de actuación en salud comunitaria, hay una serie de elementos comunes y que se pueden sintetizar en las fases:

1. Establecimiento de alianzas.
2. Conocimiento de la comunidad.
3. Priorización de las áreas de intervención.
4. Selección de intervenciones.
5. Diseño de la intervención: planificación.
6. Diseño de la intervención: evaluación.

Estas fases tienen unos componentes transversales que son: el trabajo en red; la participación comunitaria; la mirada sobre la equidad y el trabajo comunitario basado en la evidencia.

### 4.3. CONSTRUCTO DE “HEALTH ASSETS”

Continuando en el análisis de la expresión “*asset mapping*”, y al otro lado del concepto de “mapeo”, está el término “*asset*”, o “*health asset*” cuando nos referimos al ámbito de la salud. Conviene que el lector tenga esto en cuenta, en aras de circunscribir el campo de disertación conceptual que a continuación se relata.

Morgan y Ziglio (2007), definen *health asset* como “cualquier 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” (p.18) y aclaran que estos pueden operar a nivel del individuo, grupo, comunidad y/o población como factores protectores o promotores para amortiguar las tensiones de la vida. Por otro lado, la Oficina Europea de Inversión para el Desarrollo de la Salud de la OMS habla de todo recurso que se tiene a disposición y que protege contra resultados negativos o promueve el estado de salud (Morgan y Ziglio, 2007. p.18).

En una revisión muy reciente sobre el concepto de activos, Van Bortel *et al.* (2019) indican que la definición de Morgan y Ziglio es la más frecuentemente empleada para referirse al concepto o enfoque de “*health assets*”. A raíz de esta definición, se puede entender que muchos estudios pongan el punto de mira en los “factores de protección” (en lugar de factores de riesgo asociados con la enfermedad), aunque no tanto sobre los “factores promotores” de salud y bienestar (Brooks, Michaelson, King, Inchley y Pickett, 2018; Glasgow Centre for Public

Health, 2011; O'Connor *et al.*, 2019; Kernen, 1999, como se citó en Müller-Christ, 2011, p.196; Kröninger-Jungaberle y Grevenstein, 2013). Aun mirando el vaso «medio lleno», el discurso de factores de protección tiene una mirada más negativa que, si en su lugar, se hablara de los factores que promueven la salud<sup>24</sup>. Como indican Gregorevic, Hubbard, Peel y Lim (2018), “los activos de salud son una forma de hacer operativo el concepto de salutogénesis” (p.1), y es sabido que Morgan y Ziglio fundamentaron su modelo en la Teoría Salutogénica de Aaron Antonovsky, por lo que son razonables los parecidos de la definición de *health assets* con la explicación que Antonovsky hace de los Recursos Generales de Resistencia, como elementos para lidiar con los factores estresantes de la vida en general y mantener altos niveles de bienestar (Brooks *et al.*, 2018).

En esta línea, los enfoques basados en activos o los enfoques positivos para mejorar la salud no son nuevos y han sido utilizados por muy diferentes disciplinas de la salud. Desde la temprana literatura psiquiátrica que se refería a la importancia de los activos como base para gestionar el cambio y las situaciones de estrés, con autores como Morton Beiser quien, ya entonces, hablaba de “activos de personalidad” (Beiser, 1971) y diferenciaba entre activos intra-psíquicos (autoestima, planificación o previsión de futuro), interpersonales y capacidad de funcionamiento social (adaptabilidad y capacidad para utilizar fuentes

---

<sup>24</sup> El paradigma positivo se puede entender desde dos formas: la que describe factores de protección contra los resultados adversos, y la que describe factores que promueven el bienestar (Mittelmark *et al.*, 2017). Tanto la prevención de la mala salud como la protección de la salud, parten de la visión patogénica de los factores de riesgo para el desarrollo de la salud. Por otro lado ciertamente, cualquier proceso de curación o cuidado se basa en los recursos de salud y, por lo tanto, también se soporta en elementos salutogénicos (Bauer, Davies y Pelikan, 2006).



apropiadas de apoyo emocional). Poco después, Antonovsky (1979) publicaría su conocido libro *“Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being”* y paralelamente surgirían numerosas teorías y nuevos conceptos dentro del campo de la psicología que tienen que ver en gran medida con la esencia de los activos como factores protectores: los conceptos de “clima social” (Moos, 1974), “sentido de pertenencia” (Boyce, 1977), “resiliencia” (Werner, 1982), “fortaleza” (Kobasa, 1982), y otros tantos que actualmente siguen analizándose entre los activos personales. Como se ha visto en la revisión bibliográfica, el concepto de activos de salud también se introdujo de forma temprana en la práctica de enfermería con autores como Barkauskas (1983) o Novak (1988). Y partir del año 2000, el concepto de activos de salud comienza a tener un gran desarrollo en otras disciplinas como en la salud pública o en las ciencias sociales, y enfoca su atención en aspectos ambientales y en el desarrollo de los activos según el contexto de los individuos, familia y comunidad (French *et al.*, 2001, Atkins *et al.*, 2002, Murphey *et al.*, 2004,...como se citaron en Glasgow Centre for Public Health, 2011).

En este punto, se hace notable la gran cantidad de literatura que ha centrado sus esfuerzos en identificar y estudiar los activos o los factores sobresalientes que contribuyen al bienestar general y resolver de forma exitosa los desafíos y factores estresantes de la primera infancia o la adolescencia. (Häggström *et al.*, 2017; Brooks *et al.*, 2018; Leffert *et al.*, 1998) Esto es resultado de la apuesta, desde diferentes paradigmas, por promover el desarrollo positivo desde la edad más joven, en un intento de persuadir y mediar en el desarrollo de los jóvenes ante la demostrada incapacidad de los programas preventivos

para mantener los cambios de conducta de los adolescentes (Leffert *et al.*, 1998).

Como justifican Lindstrom y Eriksson (2009), adoptar la visión positiva en un contexto determinado del «río de la vida» tendría mayor utilidad si se concentraran tales esfuerzos en esas etapas o situaciones clave del crecimiento o desarrollo en las que es mayor el aprendizaje para vivir saludablemente, adquiriendo competencias y habilidades para socializar con compañeros y adultos en una variedad de contextos. Es en la primera infancia donde se producen los cambios cognitivos, sociales, emocionales y biológicos que sientan las bases para el desarrollo en la adolescencia y la edad adulta (Harter, 1990 como se citó en Schonert-Reichl *et al.*, 2013). Según Leffert (1998), la ambición de muchos estudios por lograr una estructuración y medición de estos activos tiene varios propósitos: en primer lugar, busca proporcionar una taxonomía común en el marco del desarrollo humano positivo y las experiencias que promueven el bienestar. Ésta imagen unificada contribuye al consenso público sobre aquello que los jóvenes necesitan para tener éxito. En segundo lugar, estos paradigmas consiguen empoderar y movilizar a los propios protagonistas, junto con sus familias, las organizaciones juveniles, instituciones religiosas y otros sectores comunitarios de sus barrios, en un reclamo a la acción conjunta y tomando medidas o estrategias en una misma dirección.

En el paradigma salutogénico y de activos de salud, emerge con fuerza el concepto relativamente nuevo de “*developmental assets*” (“activos de/para el desarrollo”) pudiéndose deducir una estrecha analogía con los GRR de Antonovsky y su interés por el desarrollo del SOC a temprana edad. Estos activos son entendidos como “factores

contextuales e individuales que, cuando están presentes, sirven para proteger o inhibir los comportamientos que comprometen la salud y aumentan la oportunidad de obtener resultados de desarrollo positivos” (Leffert, 1998, p.211), con especial interés sobre aquellos que influyen en las etapas iniciales de desarrollo vital de los niños y adolescentes, y se deben de tomar como puntos de referencia para orientar los objetivos y las intervenciones familiar y comunitaria.

Observando la definición de Leffert (1998), y como venimos diciendo, el ámbito de trabajo y de investigación sobre los *developmental assets* adoptan un enfoque específico en la prevención, la resiliencia y los factores de protección que, por un lado, evitan conductas de alto riesgo (consumo de sustancias, el comportamiento sexual de riesgo, la delincuencia), y por el otro, mejoran los resultados positivos o prósperos (p.ej. éxito escolar, buena nutrición y ejercicio) y contribuyen a la recuperación.

Como es observable a partir de diferentes autores (Musick *et al*, 2008 y Tusaie *et al*, 2007, como se citaron en Leffert, 1998), este marco también ayuda a destacar la importancia de los procesos de socialización en el desarrollo individual, las relaciones sociales, los patrones de interacción, las normas y las competencias o roles en la sociedad.

Aunque no hay consenso en la unificación de los activos para el desarrollo (Wang, Chen, Tang, Lee y Jian, 2011), sí es posible ver ciertas similitudes entre las propuestas de los diferentes autores. Todos coinciden en discernir en primer lugar las características a nivel del individuo, los atributos positivos o un sentido positivo de sí mismo

también conocido como “fortalezas y virtudes del carácter”<sup>25</sup>, abarcando conceptos como: la resiliencia individual o competencia social, las habilidades de búsqueda de apoyo y resolución de problemas, la autoestima o autoeficacia, el sentido de significado de uno mismo o en la sociedad, o también las aspiraciones futuras. En un segundo nivel, los autores coinciden en destacar atributos «externos» a su yo mismo y que tienen que ver con la conectividad o socialización con otros: desde las relaciones de apoyo con los adultos, siendo particularmente importante la calidad paterno-filial (p.ej. comunicación familiar, participación de los padres, o experiencias de relación cálida, íntima y continua entre el hijo y su cuidador) o el vínculo con los maestros, hasta factores ecológicos como por ejemplo la calidad de la educación, la seguridad del entorno o el capital social del vecindario. (Brooks *et al.*, 2012, como se citó en Brooks *et al.*, 2018; Moneta, 2014; Hernán *et al.*, 2010)

Pero sin duda, la clasificación más aceptada es la realizada por Scales y Leffert (1999) a través del Search Institute’s Healthy Communities que, tras una extensa revisión bibliográfica llevada a cabo desde 1989 “basada en la vasta literatura sobre resiliencia, prevención y desarrollo adolescente, que ha iluminado las relaciones positivas, oportunidades, competencias, valores y autopercepciones que los jóvenes necesitan para tener éxito” (p.5), finalmente identificaron un conjunto de elementos fundamentales del desarrollo, entendidos como instrumentos para ayudar a los jóvenes a crecer sanos, interesados en el

---

<sup>25</sup> Las “fortalezas y virtudes del carácter” (CSV) son los activos subjetivos de salud intrapersonales (psicológicos) de los individuos que, cuando se practican o demuestran intencionalmente, se asocian positivamente con las dimensiones de la salud mental, física y social. (Edwards, 2017)

bienestar común y responsables. Inicialmente se configuraron un conjunto de 30 activos, pero el modelo fue revisado y ampliado a 40 activos para su desarrollo. (Leffert, 1998; Scales y Leffert, 1999)

Como se muestra en la tabla 4.2, los activos se encuentran agrupados en dos dominios (activos externos y activos internos) que constan a su vez cada uno de ellos cuatro categorías. Los activos externos incluyen: *Support* (Soporte/apoyo), *Empowerment* (Empoderamiento), *Boundaries and Expectations* (Límites y expectativas) y *Constructive Use of Time* (Uso constructivo del tiempo). Todos ellos se refieren a las experiencias positivas de desarrollo acerca de relaciones o interacciones informales y oportunidades que existen, en general proporcionado en familias, escuelas y la comunidad. Los activos internos se componen de las cuatro categorías de: *Commitment to Learning* (Compromiso con el aprendizaje), *Positive Values* (los Valores positivos), *Social Competencies* (Competencias sociales) y *Positive Identity* (Identidad positiva). Estos activos internos son el conjunto de competencias, habilidades y autopercepciones que los jóvenes desarrollan gradualmente a lo largo del tiempo como resultado de las experiencias de observación y socialización. (Leffert, 1998; Scales y Leffert, 1999; Hernán *et al.*, 2010)

**Tabla 4.2: Activos para el Desarrollo según el Search Institute.**

Dimensiones	<i>Activos para el desarrollo: descripción</i>
<i>ACTIVOS EXTERNOS</i>	
Sporte/apoyo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo familiar: la vida familiar brinda altos niveles de amor y apoyo.</li> <li>2. Comunicación familiar positiva: el joven y sus padres se comunican positivamente, y el joven está dispuesto a buscar el consejo de los padres.</li> <li>3. Otra relación adulta: el joven recibe apoyo de tres o más adultos que no sean sus padres.</li> <li>4. Barrio cuidador/solidario: el joven experimenta vecinos empáticos/cariñosos</li> <li>5. Ambiente escolar apacible: la escuela proporciona un ambiente cariñoso y alentador</li> <li>6. Participación de los padres en la escuela: los padres participan activamente en ayudar a los jóvenes a tener éxito en la escuela</li> </ol>
Empoderamiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. La comunidad valora a los jóvenes: el joven percibe que los adultos en la comunidad valoran a los jóvenes.</li> <li>8. La juventud como recurso: los jóvenes tienen roles útiles en la comunidad.</li> <li>9. Servicio a los demás: el joven sirve en la comunidad una hora o más por semana.</li> <li>10. Seguridad: el joven se siente seguro en el hogar, la escuela y el vecindario.</li> </ol>
Límites y Expectativas	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Límites familiares: la familia tiene normas y consecuencias, además de controlar el paradero del joven.</li> <li>12. Límites escolares: la escuela proporciona reglas y consecuencias claras.</li> <li>13. Límites del vecindario: los vecinos asumen la responsabilidad de monitorear el comportamiento de los jóvenes.</li> <li>14. Roles adultos: los padres y otros adultos adoptan un rol de comportamiento positivo y responsable.</li> <li>15. Influencia positiva de los compañeros: los mejores amigos de los jóvenes modelan un comportamiento positivo y responsable.</li> <li>16. Altas expectativas: tanto los padres como los maestros alientan al joven a que le vaya bien</li> </ol>
Uso constructivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>17. Actividades creativas: el joven pasa tres o más horas por</li> </ol>

- del tiempo                      semana practicando o en clases de música, teatro u otras artes.
18. Programas para jóvenes: el joven pasa tres o más horas por semana en deportes, clubes u organizaciones en la escuela y/o en organizaciones comunitarias.
  19. Comunidad religiosa: el joven pasa una o más horas por semana en actividades en una institución religiosa.
  20. Tiempo en casa: el joven sale con sus amigos "sin nada especial que hacer" dos noches por semana o menos.
- ACTIVOS INTERNOS**
- Compromiso de aprendizaje    21. Motivación para el logro: El joven está motivado para hacerlo bien en la escuela.
22. Compromiso escolar: el joven participa activamente en el aprendizaje.
  23. Deberes/tareas: el joven informa de una o más horas diarias de tareas escolares.
  24. Vinculación a la escuela: el joven se preocupa por su escuela.
  25. Lectura por placer: el joven lee por placer tres o más horas por semana.
- Valores positivos            26. Cuidado: el joven valora mucho ayudar a otras personas.
27. Igualdad y justicia social: los jóvenes valoran mucho la promoción de la igualdad y la reducción del hambre y la pobreza.
  28. Integridad: el joven actúa con convicciones y defiende sus creencias.
  29. Honestidad: el joven "dice la verdad incluso cuando no es fácil".
  30. Responsabilidad: el joven acepta y asume la responsabilidad personal.
  31. Restricción: el joven cree que es importante no ser sexualmente activo o consumir alcohol u otras drogas
- Competencias sociales      32. Planificación y toma de decisiones: el joven sabe cómo planificar con anticipación y tomar decisiones.
33. Competencia interpersonal: el joven tiene empatía, sensibilidad y habilidades de amistad.
  34. Competencia cultural: el joven conoce personas de diferentes orígenes culturales, raciales y étnicos.
  35. Habilidades de resistencia: el joven puede resistir la presión negativa de los compañeros y las situaciones peligrosas.
  36. Resolución pacífica de conflictos: el joven se las arregla para resolver conflictos sin violencia

Identidad de lugar	37. Poder personal: el joven siente que tiene control sobre "las cosas que me pasan".
	38. Autoestima: el joven informa tener una alta autoestima.
	39. Sentido de propósito: el joven informa "mi vida tiene un propósito".
	40. Visión positiva del futuro personal: el joven es optimista sobre su futuro personal.

---

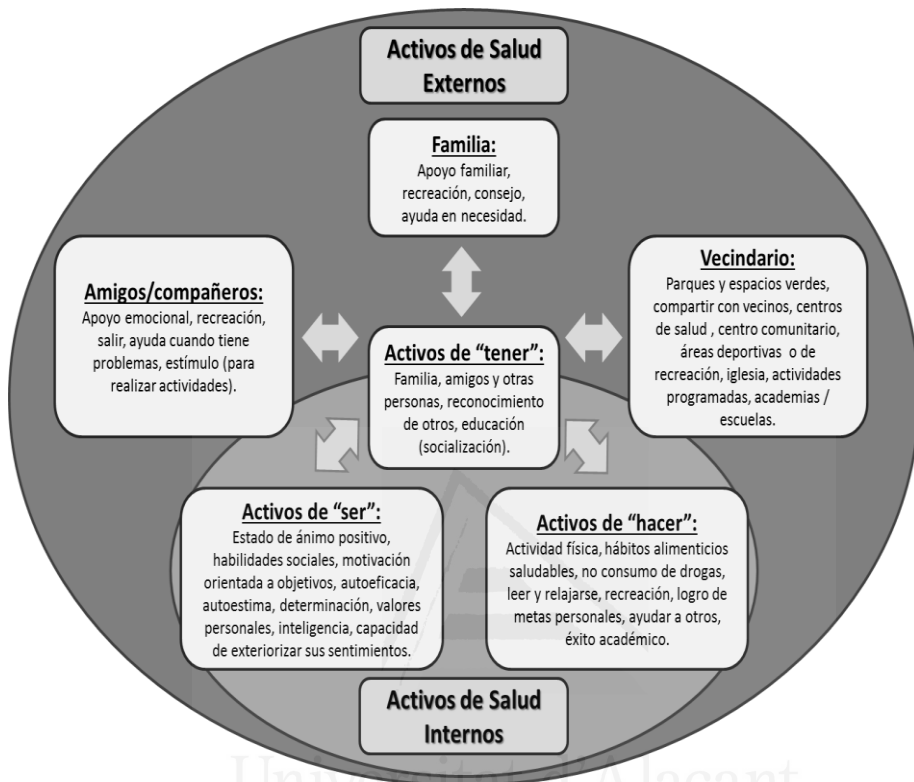
Fuente: Adaptado de "Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development" (p.2) por P.C. Scales y N. Leffert, 1999, Search Institute.

Un trabajo más reciente de Pérez-Wilson *et al.* (2015), donde investigaron las perspectivas sobre salud, bienestar y sus determinantes en un grupo de adolescentes por medio de entrevistas y grupos focales, clasificaron los activos según la propuesta del Search Institute a la que añadieron una categorización según: activos "de ser" en referencia a los rasgos personales, activos "de hacer" sobre el comportamiento o la capacidad de acción del individuo, y los activos "de tener" vinculados a un sentimiento personal «de certeza de contar» con recursos externos que potencien las condiciones necesarias para estar sanos o sentirse bien o, en otras palabras, poseer el ingenio necesario para hacer el mejor uso de las relaciones interpersonales (figura 4.3). Esto último sin duda puede recordarle al lector el concepto de la "significatividad" de Antonovsky. Sin embargo, aunque estos activos de salud son una parte de cada persona, no necesariamente tienen porqué utilizarse de forma intencionada o consciente (Rotegard *et al.*, 2010).

También recientemente, se han ido desarrollando diversos instrumentos que se han centrado en el desarrollo social, emocional y bienestar de los más jóvenes como, por ejemplo, la *escala Middle Years Development Instrument* de Schonert-Reichl *et al.* (2013).



Figura 4.3: Activos externos e internos para adolescentes.



Fuente: Adaptado de "Health assets for adolescents: Opinions from a neighbourhood in Spain" (p.7) por P. Pérez-Wilson *et al.*, 2015, *Health Promotion International*, 30(3).

De forma similar a otros trabajos como el de Rotergard, Moore, Fagermoen y Ruland (2010) o la reciente revisión de Van Bortel *et al.* (2019), este trabajo doctoral ha observado que, frente a los enfoques positivos que ponen énfasis en los recursos psicosociales a nivel individual o colectivo (generalmente activos de desarrollo), un énfasis excesivo según críticos como Friedli (2013), hay una clara distinción respecto a otra línea de trabajos, que describen las experiencias con comunidades locales en un contexto de coproducción y en base a modelos como el ABCD. A este respecto, Van Bortel *et al.* (2019) añaden

que “ambos (enfoques) son legítimos para promover una orientación más positiva de la salud, aunque, curiosamente, parecen estar desarrollándose como entidades paralelas cuando en realidad están indisolublemente vinculados” (p.9). De hecho, la literatura identifica los antecedentes de los activos de salud en los genes individuales, tanto innatos como adquiridos, así como en los valores, creencias y experiencias de vida de un individuo, por lo que promueven o protegen la salud en todos los dominios de los determinantes de la salud (Rotegard *et al.*, 2010; Glasgow Centre for Public Health, 2011).

En otra línea de investigación, más relacionada con lo social, diversos autores han extendido la taxonomía de activos útiles para trabajar con las comunidades locales bajo enfoques positivos (Pérez-Wilson *et al.*, 2015). Kretzmann y McKnight (1993) propusieron, en su modelo de Desarrollo Comunitario Basado en Activos, una definición destacable por las connotaciones de dinamicidad que suman al concepto de activos, ensalzando la importancia del papel de la comunidad en la identificación de sus propios recursos o activos en su contexto. Ellos hablan de las habilidades de las personas y fortalezas de la comunidad para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto (Kretzmann y McKnight, 1996). Ante esto, el concepto de activos se desliga, en términos ontológicos, del concepto de salud (“*health - assets*”), y autores como O'Connor *et al.* (2019) amplían el concepto de activos refiriéndose a aquellos recursos que son importantes en la acción comunitaria y en el fortalecimiento de la comunidad: competencia social, resiliencia comunitaria, redes de apoyo, cohesión intergeneracional, unidad comunitaria, ambientes seguros y agradables, u oportunidades de participación.

De este modo toman un valor reseñable todos los factores relacionados en alguna medida con el concepto de “capital social”, debido a que la evidencia científica más reciente ha conseguido demostrar que las comunidades más cohesionadas (caracterizadas por fuertes vínculos sociales), “tienen más probabilidades de mantener y sostener la salud, aún incluso cuando se encuentren en desventaja” (Kawachi, Kennedy, Lochner y Prothrow-Stith, 1997; Morgan y Ziglio, 2007; Mittelmark *et al.*, 2017).

Así, muchos ejemplos de trabajo basados en activos y con un enfoque de desarrollo comunitario, no hacen uso explícito de la terminología de “activos”, pero usan otros términos como “participación”, “empoderamiento”, “capacidad comunitaria”<sup>26</sup> o “desarrollo” de la comunidad, “recuperación” o “autogestión”, para describir su enfoque. De cualquier manera, en todos estos términos subyacen unas características propias de los enfoques basados en activos que valoran la capacidad positiva, las habilidades y las conexiones en una comunidad (Glasgow Centre for Public Health, 2011, p.5).

Según el economista Amartya Sen (1997, como se citó en Jabeen, 2015), en un contexto donde la subsistencia de las personas depende de los recursos naturales así como de las fuentes de ingresos, y de los mercados de productos y de trabajo, es importante tener un amplio conocimiento de los activos a los que las personas necesitan

---

<sup>26</sup> Según Espinosa de Rastrepo (2001), la “Capacidad Comunitaria” requiere de 1) participación comunitaria, 2) liderazgo, 3) redes sociales sólidas, 4) habilidad para articular valores, 5) sentido histórico, 6) sentido de comunidad, 7) reflexión crítica, 8) habilidad para movilizar recursos, 9) destrezas, y 10) capacidad para ejercer poder (p.44).

acceder. Sugiere que “los activos son la base del poder” (Jabeen, 2015, p.3) y con el acceso a estos es probable que las personas cambien su comportamiento y los perciban como un medio que les da la capacidad de ser y actuar.

En el desarrollo de su modelo ABCD, Kretzmann y McKnight detallan de forma más extensa lo que ellos entienden por *assets*, y en una guía para la práctica, bajo el título “*Discovering Community Power. A guide to mobilizing local assets and your organization’s capacity*”, Kretzmann, McKnight Dobrowolski y Puntenney (2005) los clasifican en cinco tipos: “residentes locales” (personas con capacidades, habilidades, experiencias y talentos); “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...); y “activos económicos” (que generan ingresos mediante actividades económicas locales y regionales).

Esta clasificación es ampliada por Foot y Hopkins (2010) con una sexta categoría, «los activos culturales (de un área)», refiriéndose 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” (p.20), que Hernán y Carrarco (s.f., como se citó en Aviñó, 2017, p.95) entienden como “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.”. Segura (2018)

recomienda esta clasificación de seis categorías a la hora de clasificar los recursos identificados en el proceso de *asset mapping*.

Los seis tipos de activos descritos se interconectan con los determinantes sociales de la salud (Paredes-Carbonell, 2016, p.2). Los activos personas se corresponden con los determinantes biológicos, psicosociales y conductuales. Los grupos y asociaciones se relacionan con el capital social. En las instituciones y los espacios físicos e infraestructuras se materializan las acciones concretas que conforman los determinantes estructurales de las desigualdades en salud (educación, salud, protección social, mercado de trabajo, vivienda, etc.). Igualmente ocurre con los activos económicos que se relacionan con las condiciones de empleo y la situación de riqueza. Finalmente, los activos culturales se corresponden con la ideología y valores. (Aviñó, 2017)

En este sentido más amplio, los activos pueden ser entonces: recursos humanos, sociales, financieros, físicos, y también ambientales (Mittelmark *et al.*, 2017, p.161; Graham, Kaur y Jeuland, 2018; Harrison, Blickem, Lamb, Kirk y Vassilev, 2019). Aunque también es habitual encontrar una clasificación simplificada en: activos individuales (competencia social, habilidades de resistencia, compromiso para aprender, autoestima, sentido de pertenencia y valores positivos), activos comunitarios (redes de apoyo social, cohesión, tolerancia...) y activos institucionales o de organización.

Incluyendo de alguna manera los *developmental assets*, muchos autores agrupan los activos en internos (individuales) y externos (individuos, comunitarios/asociaciones, instituciones/organizaciones, físicos o infraestructurales, económicos/financieros o de mercado,

culturales, y ambientales). (Foot y Hopkins, 2010; Lazarus *et al.*, 2010; Vaandrager y Kennedy, 2010; Weng, 2016; Alpuente, Cintas, Foa y Cosentino, 2018; Graham *et al.*, 2018; Colomer-Pérez, Chover-Sierra, Gea-Caballero y Paredes-Carbonell, 2020)

A modo de ejemplo, el estudio de Colomer-Pérez *et al.* (2020) que tiene por objetivo describir los activos de salud presentes en una población de estudiantes de auxiliar de enfermería, proponen seis tipos de activos: personas, agencias u organizaciones (con o sin lucro), instituciones, infraestructura o recursos físicos, economía y cultura (incluidas tradiciones, identidad y sentido de pertenencia); y a su vez, son clasificados por categorías en “intrapersonal” (correspondiente a un nivel psico-individual), “interpersonal” (que correspondería con los activos externos-sociales referidos en el marco de *developmental assets*), y en tercer lugar la categoría de activos “extrapersonales”, entre los que se incluyen las instituciones u organizaciones, así como las infraestructuras y lugares comunitarios.

La Fundación Railton junto con la Universidad de Stellenbosch bajo el equipo de investigación de Lazarus *et al.* (2010), inciden no solo en los activos individuales e individuos, comunitarios o institucionales, sino también en la “economía comunitaria” (por ejemplo, proveedores locales, empresas, instituciones de crédito), así como en activos menos visibles como la confianza de la comunidad y las relaciones positivas entre personas y organizaciones.

Retomando el trabajo de Kretzmann y McKnight, estos autores aclaran que no todos los recursos son accesibles ni están bajo el control de la comunidad, debido a lo cual aconsejan agruparlos en lo que ellos

denominan “*building blocks for regeneration*” (Mcknight y Kretzmann, 1990, p.3). Según la accesibilidad y el control percibido de los recursos, dicen diferenciar entre: a) «activos primarios» que son los recursos localizados en el barrio y controlados por las personas que viven en él; b) «activos secundarios» los localizados en el barrio pero controlados desde fuera; y c) los «activos potenciales» localizados fuera del barrio y controlados también desde fuera. De esta manera, cumpliendo con una de las características principales de su modelo ABCD («centrado internamente» en los recursos locales) recomiendan iniciar el desarrollo comunitario centrándose en los recursos del primer bloque, y poco a poco conectar otros activos para tratar de dar respuesta a las necesidades e intereses de la comunidad. (Mcknight y Kretzmann, 1990, 1996)

Otro punto que hay que destacar es el énfasis que, tanto Mcknight y Kretzmann (1990) como otros autores, ponen en la idea de la “capacidad” como un activo en sí mismo para el individuo, la comunidad, como incluso para los mismos recursos. Estos autores justifican la «alternativa centrada en la comunidad» por medio de dos razonamientos. Por un lado, indican que el desarrollo significativo de la comunidad solo tiene lugar cuando las personas de la comunidad local están comprometidas en invertir su esfuerzo y sus recursos (razón por la cual, no es posible que las comunidades se desarrollen de arriba hacia abajo o desde afuera hacia adentro). Por otro lado, dicen que en muchas ocasiones no queda más remedio que comenzar el desarrollo desde dentro, desde las capacidades y capital de la comunidad, porque “cada vez es más inútil esperar que llegue una ayuda importante desde fuera de la comunidad” (Mcknight y Kretzmann, 1990, p.2).

Es este enfoque, centrado en la capacidad y el capital comunitario, el motivo por el que investigadores de otros campos de estudio diferentes del psico-socio-sanitario, se han interesado en el *asset mapping* y particularmente en modelos como el ABCD. Un ejemplo de esto, es el intento de Wu y Pearce (2014) de adaptar el modelo ABCD para impulsar un turismo basado en la comunidad, en las historias positivas de la gente local y sus capacidades, y fortaleciendo los recursos ya existentes.

#### **4.3.1. Hablando con propiedad...**

El término “*health asset*” ha sido traducido habitualmente en trabajos e investigaciones hispanohablantes como “activo de salud” o “activo para la salud”. Estas expresiones se utilizan en la mayoría de los casos sin distinción, y son muy pocos los trabajos que discuten cuál sería más apropiada para referirnos al término anglosajón *health assets*.

Sólo un estudio de los revisados reflexiona sobre la expresión idónea a emplear en el momento de referirnos en castellano al enfoque de *health assets*. Es el caso de Álvarez-Dardet y Ruiz (2011) que dicen utilizar el término de “patrimonio” como traducción del concepto “*assets*” al guardar relación, según los autores, con el legado cultural y la posesión comunitaria y, de esta manera, conseguir también eclipsar el sentido estrictamente económico que lleva implícito el término activos.

A excepción de esta propuesta, en la amplia literatura sobre el enfoque salutogénico observamos el uso indiferente de los términos “activos de salud”, “activos para la salud”, así como “activos” en su forma más general, u otras expresiones que se acompañan de la



perspectiva de “desarrollo” o “comunidad”. La distinción entre los dos primeros conceptos puede parecer al lector algo banal, si bien un análisis más detenido de estos puede guiar su uso más adecuado.

Para ello, en primer lugar se realizó una búsqueda en la Real Academia Española sobre la morfología de las dos preposiciones que se examinan:

- Preposición «de»: denota (a) posesión o propiedad (p.ej. *la casa de mi padre*), (b) origen o dirección (p.ej. *viene de Madrid*), (c) naturaleza, condición o cualidad de alguien o algo (p.ej. *hombre de valor*), (d) origen o causalidad (p.ej. *murió de un infarto*), (e) asunto del que trata (p.ej. *hablamos de amor*), (f) tiempo (p.ej. *llegó de madrugada*), o como un mero nexo de un sustantivo con su complemento (p.ej. *ciudad de Santander*), entre otros.
- Preposición «para»: denota (a) utilidad (p.ej. *tela para cortinas*), (b) destino (p.ej. *esta carta es para el correo*), (c) finalidad (p.ej. *estudia para saber*), (d) movimiento (p.ej. *salgo para Madrid*), (e) tiempo (p.ej. *déjalo para mañana*), o relación y suceso próximo.

En el caso de la expresión “activos «de» salud”, descartamos un significado de propiedad, causalidad y tiempo, pudiendo referirse a la condición o a la cualidad. En este sentido, un activo es todo recurso que tiene como propiedad *per se* la salud. Esto se puede entender si hablamos de activos referidos a los factores psico-individuales como la resiliencia o la fortaleza, la autoestima o el optimismo. Pero no es posible concebirlo cuando nos referimos a recursos extrapersonales físicos (cualquier organización, cualquier institución o recurso comunitario) salvo, y de manera discutible, los recursos o infraestructuras del sistema sanitario (centros de salud, consultorios, farmacias, clínicas de fisioterapia...).

Como segunda opción está la expresión de “activo «para» la salud”. Aquí nuevamente descartamos un significado de tiempo, pero también de movimiento y suceso próximo. En cuanto al significado de destino o finalidad, sería apropiado su uso en referencia a los activos extrapersonales e incluso los relacionados con el capital social (considerando este como un claro factor de protección). Por último, sí resultaría apropiado hablar del significado de utilidad para todos los tipos de activos (intra- y extra- personales). Así por ejemplo, un alto Sentido de Coherencia es “útil” para hacer frente a nuevos desafíos de la vida, de la misma manera que un gimnasio también puede resultar “útil” en la mejora de la salud física o incluso de las relaciones sociales.

Entonces, ¿activo “de” o “para la” salud? Por medio del análisis sintáctico podemos ver que ambas opciones *a priori* hay que considerarlas válidas en su uso, aunque con matices. Recomendamos el uso del término “activos de salud” cuando nos refiramos exclusivamente a los activos individuales, y el uso de la expresión “activos para la salud” cuando hagamos referencia a los activos interpersonales o extrapersonales. Un ejemplo de este uso, es el que hacen Sánchez-Casado, Paredes-Carbonel, López-Sánchez y Morgan (2017) con el nuevo concepto de "activos para la salud y la convivencia". De forma acertada, estos autores incorporan el término “convivencia”, permitiendo así hacer referencia directa a los activos interpersonales (capital social).

En una revisión reciente sobre el uso del concepto *health assets* a nivel global, Van Bortel *et al.* (2019) concluyen que en su análisis puede darse un importante sesgo de selección (de estudios) debido al hecho de que la traducción de este concepto, en según qué contextos socioculturales y políticos, no sea la más adecuada.

Además, la dificultad es mayor si tenemos en cuenta que “*asset*” es una palabra muy empleada en otros campos diferentes al psico-socio-sanitario, como el ámbito económico, el de la construcción, o la ecología. A modo de ejemplo, Van Bortel *et al.* (2019) en su revisión sobre los activos sanitarios, tuvieron que excluir numerosos estudios que tenían que ver con: activos económicos y basados en el mercado, activos financieros, préstamos basados en activos, estrategias operativas basadas en activos, activos de combustible, activos de construcción, ingresos familiares y activos de contingencia personal, activos basados en tierra, activos comerciales, activos de información, activos inmobiliarios, tiempo de procesamiento, la productividad, la confiabilidad y eficiencia del equipo, la optimización del mantenimiento y los intervalos de mantenimiento, etc.

Y por si esto fuera poco, ya se ha visto la complejidad en el significado que subyace al término “*health asset*” (en el ámbito de la salud). En el ámbito de la salud, la mayoría de los trabajos se refieren a *health assets*, aunque también se emplea “*assets*” en general, o alguna forma de “*community asset*” en relación con la salud.

Incluso, algunos estudios utilizan a la vez e indistintamente los términos “*health asset*” y “*health resource*”, lo que haría suponer que se tratasen de sinónimos. Sin embargo, según Rotegard *et al.* (2010) existe cierta ambigüedad en este sentido, cuando algunos autores como Kretzmann y McKnight (1993) se refieren a los activos como «recursos comprendidos», o cuando otros autores sugieren que los activos son personales e internos y los recursos de salud son externos (Theokas, 2005, como se citó en Rotegard *et al.*, 2010, p.520; Cochrane, 2006). Otros autores establecen diferencias lingüísticas al atribuir una

connotación pasiva al término de recursos de salud, o hay quienes identifican los recursos como un concepto más amplio que incluye al de los activos. Rotergard *et al.* (2010) concluyen que, hasta el momento, no hay una distinción clara entre estos conceptos por lo que se podrían considerar sinónimos. Además, explica que determinados conceptos que están asociados con el de *health resource* son los mismos que los asociados con el concepto de *health asset*, por ejemplo, la esperanza, el optimismo, el conocimiento y el apoyo social.

Sin embargo, la guía reciente publica por el Observatorio de Salud de Asturias (2012) sobre la recomendación de activos en el sistema sanitario, explica que “los recursos únicamente son considerados como activos cuando son conocidos, valorados positivamente y utilizados por la población” (p.10), es decir, cuando “son reconocidos por la propia comunidad como riquezas de las que se pueden valer para mantener y mejorar su bienestar” (Observatorio de Salud de Asturias 2012, p.10). Esta guía además recoge la definición desarrollada por Morgan y Ziglio (2007) sobre la que se subraya la importancia de los activos en favor de reducir las desigualdades en salud.

Dichas puntualizaciones, pueden constituir un punto de partida en la distinción conceptual y práctica entre lo que se entiende por activo para la salud y cualquier recurso. Por un lado el papel fundamental en la mejora de las equidades en salud (disponibilidad, accesibilidad, servicios...) y por otro lado, el hecho de que un activo debe ser conocido, valorado positivamente y utilizado. La forma, a nuestro juicio, es compleja y requiere de investigación que oriente a una mejor práctica basada en la evidencia. Primero un activo debe ser conocido (de no

serlo, hablaríamos de recurso) y ¿conocido por quién? Segundo, este debe ser valorado positivamente (de no serlo, hablaríamos de recurso) pero: ¿cómo y por quién? Las valoraciones debieran ser según la experiencia y subjetividad individual, o según consenso colectivo, o deberíamos hablar de valoraciones objetivas, medibles, evaluables y contrastables. Y si así fuera, ¿existen unos criterios?, y además deberíamos preguntarnos quién o quienes, incluso dónde y cuándo, deberían hacer dicho ejercicio de reflexión (si bien, por ejemplo, se sabe que un niño no valorará igual «su escuela» estando en clase a ojos de su profesora, que si está en casa con sus padres). Por último, es fundamental que el recurso, para que sea activo, sea utilizado por la población; se puede presuponer que un recurso bien valorado sea utilizado pero ¿qué cualidades tiene un recurso bien utilizado? ¿cómo podemos medirlo?

Con la evidencia existente se hace difícil responder a todas estas preguntas y parece necesario trabajar en la construcción de un cuerpo conceptual más sólido que, a su vez, ayude a desarrollar estrategias medibles y contrastables sustentadas en enfoques de salud positiva.

Independientemente de conceptualizaciones mejor o peor ajustadas al campo específico de trabajo, la disponibilidad de recursos es un elemento determinante de los resultados de todo sistema. A continuación se presenta brevemente una teoría sobre «recursos y capacidades» que, si bien se ha desarrollado un ámbito alejado del objeto de este trabajo, ha buscado construir un marco conceptual propio que puede resultar de interés para nuestro propósito.

### **4.3.2. Una teoría sobre recursos y capacidades**

El llamado enfoque de «Recursos y Capacidades» es una nueva perspectiva desarrollada a partir de las contribuciones de diferentes autores, esencialmente en los años noventa del siglo pasado, para entender el fundamento de los resultados empresariales y proponer criterios de gestión que ayuden a mejorarlos.

Las empresas son una categoría de organizaciones que se distinguen de todas las demás porque se trata de organizaciones con fines de lucro. De acuerdo con el enfoque sistémico, las empresas desarrollan su actividad en un entorno que influye en su funcionamiento y condiciona sus resultados, de tal forma que la supervivencia y el éxito de una empresa va a depender esencialmente de su capacidad de adaptación a ese entorno. Las empresas no funcionan de una manera automática o inconsciente, las empresas están configuradas en torno al principio de autoridad y es su proceso de dirección quien coordina el esfuerzo de todos sus miembros para la consecución de forma eficaz y eficiente de los objetivos planteados (Sáinz, 2002).

Si el objetivo de la dirección estratégica de las empresas es propiciar unos buenos resultados económicos sostenidos en el tiempo, la primera cuestión a plantearse es de qué dependen éstos, cuáles son los factores determinan sus resultados o, formulado de otra manera, “¿por qué unas empresas son más rentables que otras?” (Fernández y Suárez, 1996, p.10). Si nos trasladamos al ámbito de la salud, estas preguntas nos recuerdan a los enunciados del enfoque salutogénico cuando se plantea cuáles son los determinantes de la salud o qué es lo que explica las diferencias de salud en una población.

Hornung y Gutscher (1994, como se citó en Müller-Christ, 2011, p.196) desarrollaron un modelo de transacciones de recursos basado en la salutogénesis con el objetivo de explicar que la salud es el resultado de una regulación adecuada de las transacciones de recursos entre un individuo y su entorno. Según Müller-Christ (2011) el modelo de transacción de recursos se asemeja a la imagen empresarial orientada a los recursos, donde el punto de partida es la percepción teórica del sistema del hombre como un ser humano activo, que fija objetivos y planifica, que solo puede vivir y sobrevivir gracias a muchos tipos de intercambios materiales e inmateriales con sus entornos.

En el caso de las empresas, sus resultados dependen de muchos factores y de carácter muy diverso que, no obstante, se pueden agrupar en dos grandes categorías: factores externos o de entorno (macroeconómico, sectorial); y factores internos que tiene que ver con las características propias de cada empresa.

Tradicionalmente, la literatura económica ha centrado su interés en analizar el contexto de las empresas, de forma específica su entorno competitivo, por considerarlo el factor determinante de sus resultados. Según la teoría neoclásica, si las empresas trabajan en mercados muy competitivos, las expectativas de obtener altos niveles de rentabilidad serán muy bajas. En consecuencia, una empresa solo podrá obtener una alta rentabilidad cuando esté expuesta a un bajo nivel de presión competitiva (Sáinz, 2002).

Ahora bien, en la realidad se observa que, aún dentro de un mismo sector económico y sometidas a un similar grado de competencia, distintas empresas obtienen diferentes resultados

económicos. En consecuencia, si bien los factores externos influyen en su rentabilidad, no pueden explicar las diferencias de resultados existentes entre empresas de un mismo contexto y, de este modo, las únicas variables explicativas diferenciales tienen que ser factores internos. Es decir, dentro de un mismo entorno, distintas empresas tienen diferentes resultados económicos precisamente porque las empresas no son iguales: unas son grandes, otras pequeñas, unas realizan mayor innovación en sus productos, otras disponen de mayores recursos financieros o están mejor dirigidas, etc. En este sentido, el enfoque de los Recursos y Capacidades postula que: “(1) cada empresa es heterogénea, ya que posee una diferente dotación de recursos, producto de su historia, suerte y decisiones pasadas, sobre los que puede sustentar una «ventaja competitiva», es decir, una posición de ventaja con respecto a otros competidores que constituye la base para la obtención de resultados económicos superiores a los obtenidos por ellos; y (2) puede mantener esa heterogeneidad a lo largo del tiempo; es decir la ventaja competitiva puede ser sostenible, lo que permitirá a la empresa disfrutar de esos beneficios superiores a largo plazo” (Fernández y Suárez, 1996, p.2). Si trasladamos estas proposiciones al ámbito de la salud, se podría plantear que: (1) cada individuo es heterogéneo, ya que posee una diferente dotación de activos de salud propios y una diferente accesibilidad recursos en su territorio, producto de su historia, suerte y decisiones pasadas, sobre los que se puede sustentar el bienestar colectivo; (2) esa disponibilidad de recursos puede ser mantenida a lo largo del tiempo y por tanto, el bienestar puede ser conservado a largo plazo manteniendo o mejorando la calidad de vida de las personas.



La teoría de Recursos y Capacidades ofrece una interesante diferenciación de los conceptos que enuncia:

- Por **recurso** se entiende cualquier factor de producción que esté a disposición de la empresa. Estos recursos son numerosos y la teoría propone una clasificación básica distinguiendo entre recursos “tangibles” (aquellos bienes productivos que se pueden ver y tocar como los edificios, instalaciones, maquinaria, etc., o recursos financieros) y los recursos “intangibles” (aquellos que no tienen una manifestación física tales como, por ejemplo, el conocimiento tecnológico o el capital humano en referencia a la formación, experiencia y habilidades de su personal). (Fernández y Suárez, 1996)
- Dentro de los recursos intangibles, algunos autores incluyen las competencias o *skills* (“lo que se hace”), que permite relacionar el concepto de recursos con el de **capacidad**. Se entiende por capacidad la habilidad que tiene la empresa para la utilización y aprovechamiento de los recursos que posee por medio de su estructura organizativa (Sáinz, 2002). Para Grant (1991, como se citó en Fernández y Suárez, 1996, p.2), una capacidad es un equipo de recursos agrupados para realizar alguna tarea o actividad, aquello que se hace bien como resultado del trabajo conjunto de una serie de recursos
- Ahora bien, desde el punto de vista estratégico, lo importante no es que una empresa disponga de recursos, lo más importante es el uso que hace de ellos. En este mismo sentido, en el ámbito salutogénico, más allá de la disposición de recursos por parte del individuo, lo importante es su capacidad para utilizarlos, lo que Antonovsky llamó Sentido de Coherencia. (Rivera *et al.*, 2011a)

Por tanto, el enfoque basado en los Recursos y Capacidades traslada el centro de atención a los *recursos o factores productivos* de la empresa (en nuestro caso las personas) porque entiende que de ellos depende la construcción de ventajas competitivas que proporcionan

altos niveles de beneficios de forma sostenible en el tiempo (o un alto bienestar): fin último en la dirección estratégica de cualquier empresa (Fernández y Suárez, 1996), o de las acciones comunitarias para la salud.

La teoría utiliza el concepto «activos estratégicos» para señalar, de todos los factores productivos o recursos que posee la empresa, cuáles son los más relevantes a la hora de lograr una ventaja competitiva duradera. Y las consideraciones que se formulan nos pueden ayudar a diferenciar entre los activos para la salud aquellos más importantes o distinguirlos de aquellos otros recursos que no reúnen esta condición. En el ámbito empresarial, los recursos de mayor interés estratégico serán aquellos que reúnan las siguientes características (Sáinz, 2002):

- Una primera condición es que el recurso sea **valioso**, es decir, que el recurso permita a la empresa, defenderse de las amenazas de su entorno o aprovechar las oportunidades que éste le ofrezca para mejorar sus resultados. ¿Todos los recursos o activos disponibles son igualmente valiosos para la salud y el bienestar?
- Desde la lógica competitiva de las empresas, la siguiente característica de interés es que el recurso sea **escaso**, es decir, que lo pueda disfrutar la empresa que lo posee pero no sus competidores. Este beneficio de la exclusividad en un ámbito de competencia no es directamente aplicable al campo de los activos para salud, pero puede ser un criterio que señale un mayor protagonismo en un territorio de aquellos recursos específicos de ese ámbito. Como veremos más adelante, este criterio se aproxima al concepto de “singularidad” en nuestra lista de verificación.
- La **durabilidad** de un recurso es otro aspecto de interés porque contempla la capacidad de un recurso de ofrecer beneficios a la empresa (o las personas) no solo en el momento actual, sino de

una forma estable en el tiempo, y así se recoge también en nuestra lista de verificación.

- Que el recurso no sea fácilmente **substituible** por otro diferente que cumpla la misma función. Desde la lógica competitiva de las empresas, este aspecto incide en el sostenimiento de la ventaja competitiva por la empresa que posee el recurso y que no puede ser imitada por otras empresas competidoras que posean recursos alternativos. En nuestro caso, también puede ser un aspecto que señale un activo valioso pero con un especial protagonismo en la comunidad si la función que desarrolla no pueden ser atendida por otros recursos diferentes.
- Otra condición de interés desde una lógica de competencia empresarial es que un recurso que es valioso, del que no pueden disponer otros competidores por su escasez, y no se puede sustituir por otro recurso alternativo, además, no pueda ser **reproducible** o **imitable** por esos competidores. Más allá de esta lógica competitiva, podemos considerar que los recursos de una comunidad que contengan esta característica, serán recursos estratégicamente más importantes para ella porque, si desaparecen, no será fácil su reedición. Este puede ser el caso, por ejemplo, de una asociación de vecinos que por el carácter y personalidad de sus actuales miembros, se trate de un activo difícilmente replicable.

Por tanto, el enfoque de los Recursos y Capacidades nacido en el ámbito de la dirección de empresas, proporciona criterios para la identificación de la diferente relevancia de los distintos recursos que posee una empresa y, salvando las distancias existentes entre estos ámbitos de estudio, estas consideraciones pueden resultar de gran interés para nuestro cometido en el campo de la salud. De hecho, en nuestra lista de verificación, de una forma directa o indirecta, se contemplan algunos de estos criterios.

## **CAPÍTULO 5**

### **UNA ESCALA PARA VALORAR ACTIVOS PARA LA SALUD**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

«Lo importante en la ciencia no es tanto obtener nuevos datos, sino descubrir nuevas formas de pensar sobre ellos»

*William Lawrence Bragg*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 5.1. REVISIÓN SISTEMATIZADA CUALITATIVA. METASÍNTESIS

Ya se ha visto que la revisión sistemática representa el más alto nivel jerárquico de evidencia (Moreno *et al.*, 2018), por tratarse de un tipo de estudio con método científico y además por recopilar el mejor conocimiento sobre un tema muy específico. Es fundamentalmente por esta razón por la que se consideró pertinente llevar a cabo una revisión sistematizada de los trabajos e investigaciones que se hubieran realizado sobre mapeo de activos, como primer paso para la definición de las dimensiones que definen un activo para la salud, y con el propósito de poder inducir aquellas cualidades que caracterizan tales recursos.

Como ya se ha visto en el Capítulo 2 de Metodología, el propósito inicial del estudio fue una revisión sistemática, aunque buscando también acceder a estudios de índole cualitativo, para acabar formulando una pregunta de tipo SPICE, como la siguiente: «¿Cuáles son los recursos comunitarios para la salud y porqué son identificados por la población en general en los procesos de mapeo de activos realizados en su territorio?».

Con esta pregunta, se definieron unos conceptos clave y se llevaron a cabo las siguientes estrategias de búsqueda (tabla 5.1).

**Tabla 5.1: Estrategia de búsqueda en la revisión sistematizada, 2018 y revisada en 2020.**

Base de datos	Términos de búsqueda	Total de resultados	Nuevos según título
Web of Science	<i>((TS="health assets" OR TI="health assets") OR (TS="community assets" OR TI="community assets")) AND (TI=mapping OR (TS="community development" OR TI="community development"))</i>	63	30
Scopus	<i>TITLE-ABS-KEY ("health assets") AND (TITLE-ABS-KEY (map*) OR TITLE-ABS-KEY (community AND development))</i>	41	13
PubMed	<i>((("health resources assessment") AND assets[Title/Abstract])) AND ((mapping[Title/Abstract]) OR ((community development[MeSH Terms]) OR "community development"))</i>	11	3
PubMed	<i>General research: "health assets mapping"</i>	111	6
PubMed	<i>((("health assets"[Title/Abstract]) OR ("health resources"[Title/Abstract])) OR ("community assets"[Title/Abstract]) AND (mapping[Title/Abstract]) OR ("community development"[MeSH Terms]))</i>	94	2
Web Of Science	<i>TI="Asset-Based Community Development"</i>	35	11
PubMed	<i>(((((("health assets"[Title/Abstract]) OR assets[Title/Abstract])) OR ((("health assets"[Title/Abstract]) OR "health resources"[Title/Abstract]) OR "community assets"[Title/Abstract]))) AND ((mapping[Title/Abstract]) OR ((community development[MeSH Terms]) OR "community development"))</i>	171	21

EBSCOhost	En todos los campos: <i>community assets mapping</i>	54	7
EBSCOhost	[[TX "health assets" OR TI "health assets" OR (TI "health resources" OR TI "community assets")] AND [((TX "asset mapping" OR TX mapping) AND (TI "asset mapping" OR TI assets)) AND ((TX "community development" OR TX community development) AND (TI "community development" OR TI community development))]]	7	2
Scielo	((ti:( <i>"health assets"</i> ) OR (ab:( <i>"health assets"</i> ) OR (ab:( <i>"community assets"</i> ) OR (ti:( <i>"community assets"</i> )))) AND ((ti:( <i>mapping</i> )) OR (ab:( <i>mapping</i> )) OR (ab:( <i>"community development"</i> ) OR (ti:( <i>"community development"</i> ))))	5	1
PsycINFO	((ab( <i>mapping</i> ) OR ti( <i>mapping</i> )) OR (ab( <i>"community development"</i> ) OR ti( <i>"community development"</i> ))) AND ((ab( <i>"health assets"</i> ) OR ti( <i>"health assets"</i> )) OR (ab( <i>"community assets"</i> ) OR ti( <i>"community assets"</i> )))	15	0
TESEO/DART	- <i>health asset*</i> - <i>asset* map*</i> - <i>community assets</i> - <i>salud comunitaria</i> - <i>participación comunitaria</i>	37	2
Otras (Center of Salutog./ Cochrane/ Springer Link/ RAC...)	Diferentes estrategias con las palabras clave	31	4
<b>Todas</b>	<b>/</b>	<b>675</b>	<b>102</b>

Fuente: elaboración propia.



A modo de ejemplo de los resultados obtenidos, se expone brevemente la primera búsqueda bibliográfica realizada en la WOS con sesenta y tres resultados:

- Según el lugar de publicación, veinticinco documentos provienen de EE.UU. (40%), seis documentos tanto de Inglaterra como de Sudáfrica y cinco de España (8%).
- Del total de documentos, diez de ellos son de contenido teórico, doce están enfocados al desarrollo o la sostenibilidad en el ámbito económico, seis son sobre TICs, y cinco no se han podido leer ni resumen ni texto completo. Los resultados por áreas de investigación, según la base de datos, se puede ver en la tabla 5.2.

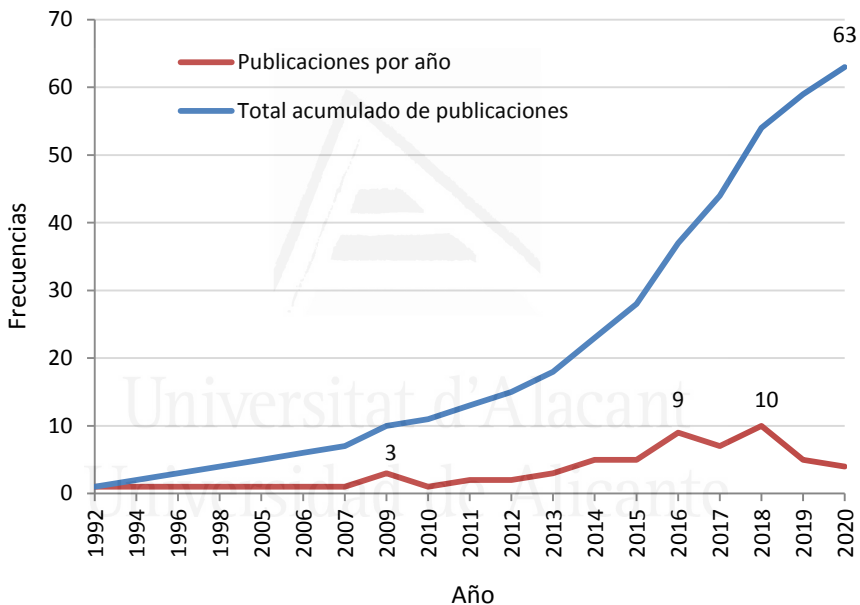
**Tabla 5.2: Resultados de la búsqueda sistematizada en la Web of Science agrupados por áreas de investigación.**

Áreas de investigación según la WOS	n	% sobre 63
Health care sciences services	19	30%
Psychology	16	25%
Public environmental occupational health	16	25%
Sociology	16	25%
Social sciences other topics	12	19%
Business economics	9	14%
Environmental sciences ecology	9	14%
Public administration	9	14%
Behavioral sciences	8	13%
Development studies	8	13%
Geography	7	11%
Education educational research	6	10%
Pediatrics	5	8%
Demography	4	6%
General internal medicine	4	6%
Social work	4	6%
Nursing	3	5%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Web of Science.

- De la misma forma que las revisiones conceptuales anteriormente realizadas, la evolución histórica de publicaciones, visible en la figura 5.1, manifiesta el creciente interés tanto en el ámbito académico como en experiencias comunitarias de trabajar con enfoques de activos y de empoderamiento de la comunidad.

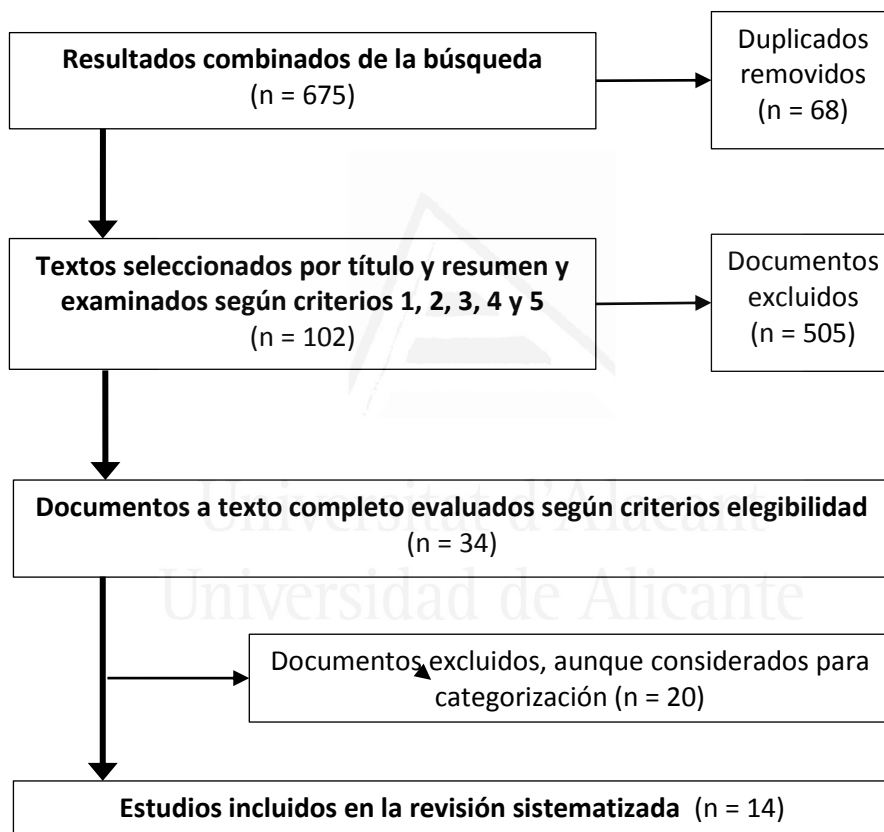
**Figura 5.1: Histórico de publicaciones de la búsqueda sistematizada en la Web Of Science**



Como se puede apreciar en el Diagrama de Flujo de la figura 5.2, el resultado total acumulado de documentos identificados en las diferentes estrategias de búsqueda fue de 675, entre artículos originales, revisiones, resúmenes de conferencia, editoriales, libros y tesis doctorales. De los cuales, se descartaron 573 por razón de los siguientes criterios: duplicidad en el caso de 68 documentos (el 10%); por la imposibilidad de acceder al texto completo al ser, por ejemplo,

resúmenes de conferencia, notas, o revisiones de libros (3,4%); por la dificultad de su lectura debido al idioma (1,2%); y fundamentalmente, en el caso de 474 documentos (70,2%), por incumplimiento del criterio de enfoque de investigación en temática y método<sup>27</sup>.

**Figura 5.2: Diagrama de flujo de la revisión sistemática**



Fuente: Elaboración propia.

<sup>27</sup> Se excluyeron los documentos que no mencionaban "activos", "basados en activos" o "mapa de activos" con el término "salud". Se excluyeron, por ejemplo, los documentos orientados a los activos económicos o financieros, o basados en el mercado: pobreza de activos, activos comerciales, activos de información, inmobiliarios.

En cambio, 102 documentos concordaban tanto en título como en resumen con la finalidad pre-definida de la revisión sistematizada. Todos ellos fueron examinados a texto completo, y analizados detenidamente según todos los criterios de elegibilidad. Dicha valoración solo fue realizada por el investigador de esta tesis, si bien este proceso se repitió en dos ocasiones y con varios meses de separación cumpliendo dos finalidades: permitir la máxima actualidad de los estudios cuando el trabajo fuera publicado, y reducir el sesgo de selección de los estudios al comparar los que fueron seleccionados inicialmente y de forma cercana a las búsquedas bibliográficas, de los estudios seleccionados meses después.

Tras la lectura se descartaron finalmente varios libros y artículos originales que eran explicativos-teóricos, o con una temática alejada de la que era objetivo de la revisión, y una tesis doctoral que se centraba en un análisis más detallado del Sentido de Coherencia y no profundizaba en la síntesis o mapeo de los activos comunitarios.

De los 34 estudios, solo 14 cumplen los criterios de elegibilidad y en particular los criterios correspondientes a los resultados (criterios 5 y 6). Doce son artículos originales, mayoritariamente con un enfoque puramente cualitativo, al igual que la tesis doctoral de Aviñó (2017) que estudia dos intervenciones de desarrollo comunitario basadas en el enfoque de activos, y un informe que reporta la experiencia de evaluación de una comunidad africana (Lazarus *et al.*, 2010). Estos 14 documentos quedan recogidos y descritos en la tabla 5.3.

Tabla 5.3: Documentos incluidos en la revisión sistematizada. Meta-síntesis

Autores. Publicación	Contexto (Lugar y fecha)	Tipo de estudio	Enfoque	Muestreo y método	Inventario de activos
O'Connor, J.P., Alfrey, L., Hall, C., y Burke, G. (2019)	Victoria (Australia). s/f.	Estudio cualitativo descriptivo	Salutog; Enfoque AB	Muestra por conglomerados e intencional de una universidad de 3ª edad y una escuela de primaria. (N=41). Proceso multi-método con 8 grupos focales, en los que se realizaron entrevistas, mapeo del entorno de la universidad/escuela y enfoque "basado en las artes".	Codificación y reflexión sobre activos personales, sociales y ambientales (entorno construido y entorno político).
Mosavel, M., Gough, M.Z., y Ferrell, D. (2018)	Petersburgo (EEUU). 2012	Descriptivo de tipo Investigación- acción participativa	CBPR	Muestreo incidental "por oportunidad" (criterios: jóvenes estudiantes, que vive con su familia y dispone de tiempo; universitarios con experiencias previas de mapeo) y con métodos de acercamiento tipo "bola de nieve" (N=22; 13/9). Métodos: paseo comunitario con fotovoz y Mapeo SIG. Enfoque de Co-aprendizaje por iguales	358 Activos institucionales/organiza- ciones y físicos (18% activos potenciales), clasificados en 12 tipos (potenciales, religiosos, turísticos, de recreación, tiendas, transporte, espacios naturales, comunitarios, institucionales, de educación, de salud, jardines).

**Tabla 5.3: (Continuación) Documentos incluidos en la revisión sistematizada. Meta-síntesis**

Sánchez-Casado, L., Paredes-Carbonell, J.J., López-Sánchez, P., y Morgan, A. (2017)	Ciudad de Valencia (España). Mayo-Julio de 2014	Descriptivo de tipo Investigación-acción participativa	Salutog.	Muestreo intencional por variación máxima (directivos, profesionales de AP y de servicios sociales municipales). (N=29; 6 directivos/23 profesionales) Dos talleres de mapeo de activos (¿cuáles? ¿razones?) y necesidades, seis entrevistas semi-estructuradas con preguntas abiertas y análisis de contenido.	76 Activos relativos a: personas (11), asociaciones (20), instituciones (11), servicios (15), lugares (8), expresiones culturales (4) y economía local (5).
Den Broeder, L., Uiters, E., Hofland, A., Wagemakers, A., y Schuit, A.J. (2017)	Amsterdam (Países Bajos). s/f.	Estudio cualitativo descriptivo	Enfoque AB	Muestreo intencional por "variación máxima" de profesionales según criterios: haber trabajado en el vecindario al menos un año, y buen dominio del idioma. (N=21) Se realizó un Grupo Nominal y siete entrevistas semi-estructuradas, sometidos a análisis categórico.	123 Activos caracterizados por: disponibilidad, cooperación, conectividad, interculturalidad, variedad de actividades...
Aviñó Juan-Ulpiano, A.R. (2017)	Valencia (España). 2010-2013	Descriptivo de tipo Investigación-acción participativa	ABCD; IAP	Trabajo doctoral sobre 2 experiencias con participación de tejido social y profesionales (N=106; El Raval 56/ L'Alquerieta 50). Multi-método: entrevistas individuales, talleres grupales (10 sesiones, 1 seminario-asesoría), mapeo de los activos identificados.	Los activos más frecuentes fueron, en ambos barrios, las personas y los servicios e instituciones.

**Tabla 5.3: (Continuación) Documentos incluidos en la revisión sistematizada. Meta-síntesis**

<p>Florian, J., Roy, N.M.S.O., Quintiliani, L.M., Truong, V., Feng, Y., Bloch, P.P.,... Lasser, K.E. (2016)</p>	<p>Massachusetts (EEUU). Abril de 2015</p>	<p>Descriptivo de tipo Investigación-acción participativa</p>	<p>CBPR; socio-ecológico</p>	<p>Muestreo intencional homogéneo (criterios: adultos, registrados en centro de diabetes, con nivel de hemoglobina A1c &gt; 9, acceso telefónico y habla inglesa). (N=17) Sesión de fotovoz con discusión audio-grabada y mapeo SIG</p>	<p>114 Activos comunitarios. La publicidad inadecuada puede contribuir a la falta percibida de recursos.</p>
<p>Cutts, T., Olivier, J., Lazarus, S., Taliep N., Cochrane J.R., Mohamed S.,... Carelse, H. (2016)</p>	<p>Erijaville (Sudáfrica) y Memphis (EEUU). s/f</p>	<p>Comparativo de tipo investigación-acción participativa</p>	<p>CBPR</p>	<p>Proyecto SCRATCHMAPS. Muestreo situacional en 2 zonas de similares condiciones socio-económicas. (N=100). Seis talleres de mapeo de activos con miembros de la comunidad y proveedores (4 en Erijaville, 2 en Memphis) y un taller de planificación de acciones.</p>	<p>Activos tangibles (medio ambiente, servicios, actividades, físicos) y activos intangibles (personales, familiares y de conectividad comunitaria)</p>
<p>Jabeen, H. (2015)</p>	<p>Dhaka (Bangladesh). Sept. 2010 a Marzo de 2011</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo</p>	<p>Enfoque AB</p>	<p>Muestra situacional de un territorio elegido por la exposición a diversos riesgos climáticos. (N=180) "Evaluación Participativa de la Adaptación". Veintiún grupos focales con variedad de participantes por sus situaciones, y cuestionario a veintiséis hogares.</p>	<p>Activos clasificados según el capital: físico, humano, social, financiero y natural/ medioambiental</p>

**Tabla 5.3: (Continuación) Documentos incluidos en la revisión sistematizada. Meta-síntesis**

<p>Pérez-Wilson, P., Hernán, M., Morgan, A.R., y Mena, A. (2015)</p>	<p>Granada (España). Junio – Sept. de 2011</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo</p>	<p>Salutog; HA</p>	<p>Muestra intencional con agregación en racimo, a través de maestros, enfermeras...) hasta saturación de la información, de una población de estudio correspondiente a adolescentes de 15-18 años que vivían en Zaidín. (N=34). Se realizaron 2 grupos focales y 20 entrevistas semi-estructuradas, analizadas por contenido.</p>	<p>Activos de vecindario, familiares, e internos clasificados según el Search Institute. Organizadas por activos “de ser”, “de hacer” y “de tener”.</p>
<p>Jakes, S., Hardison-Moody, A., Bowen, S., Blevins, J. (2015)</p>	<p>Carolina del Norte (EEUU). 2012-2013</p>	<p>Descriptivo de tipo Investigación-acción participativa</p>	<p>HA; CBPR</p>	<p>Muestreo situacional según dos vecindarios y criterios teóricos. (N=84 representantes organizaciones y comunidad). Entrevistas semi-estructuradas y talleres de mapeo según método ARHAP</p>	<p>Activos físicos y organizacionales para la alimentación saludable.</p>
<p>Matthiesen, M., Froggatt, K., Owen, E., y Ashton, J.R. (2014)</p>	<p>Cumbria, Merseyside y Cheshire (Inglaterra). 2011</p>	<p>Descriptivo de tipo Investigación-acción participativa</p>	<p>ABCD; IAP</p>	<p>2 Estudios de caso. Muestreo intencional por variedad máxima. Ocho talleres de mapeo donde participaron 93 profesionales y pacientes. Un evento comunitario donde participaron 143 organizaciones comunitarias.</p>	<p>Activos identificados clasificados según el ABCD Institute. Áreas de acción: información, alcance, educación, liderazgo y sostenibilidad</p>



**Tabla 5.3: (Continuación) Documentos incluidos en la revisión sistematizada. Meta-síntesis**

DyckFehderau, D., Holt, N.L., Ball, G.D., y Willows, N.D. (2013)	Alberta (EEUU). Agosto 2008 a octubre 2009	Descriptivo de tipo Investigación-acción participativa	CBPR	Muestra por conveniencia y según criterios teóricos: estudiantes de secundaria y sexto grado. Proceso de mapeo de activos con fotovoz y discusión en dos fases. La información fue analizada por contenido.	25 Activos identificados de espacios/lugares.
Greetham, J., Charkin, D., Laird, H., y Butterell, D. (2012)	Wakefield (Inglaterra). 2010	Descriptivo de tipo Investigación-acción participativa	ABCD; IAP	Muestreo situacional por conglomerados según criterio teórico comparativo. (N=43). Un <i>World Café</i> para 17 participantes de todo tipo de condición, y cuatro talleres fotográficos y paseos con 37 participantes (mujeres, niños, mayores)	Activos persona, vivienda, entorno, servicios de salud. Y percepciones según necesidades: apoyo, bienestar, actividad, alimentación, etc.
Lazarus, S., Naidoo, T., Demas, G., Williams, L., Sauls, D., Filander, F.,... May, B. (2010)	Swellendam (Sudáfrica) Febrero a Nov. de 2010	Descriptivo de tipo Investigación-acción participativa	CBPR; CHAMP	Muestra situacional e inclusión de participantes "en racimo" a partir de agentes clave y reuniones. (N=295) Talleres de mapeo de activos comunitarios con fotovoz (n=66), encuesta a mayores y jóvenes de 200 hogares y entrevistas a informantes clave (n=29). Mapeo SIG y difusión.	Activos frecuentes: infraestructura, recursos de salud, educativos, religiosos y otros institucionales, entorno natural, economía y fortalezas personales.

Analizando los documentos finalmente aceptados en la revisión sistematizada, observamos que una parte importante de ellos fueron desarrollados en Estados Unidos (29%), España (21%) e Inglaterra (14%) aunque por otro lado también está el estudio de Jabeen (2015) que se realizó en Bangladesh, así como la experiencia comunitaria en Sudáfrica de la Fundación Railton con Lazarus *et al.* (2010) y las investigaciones de Den Broeder *et al.* (2017) y de O'Connor *et al.* (2019) que tuvieron lugar en los Países Bajos y en Australia, respectivamente. En promedio, estos trabajos se llevaron a cabo en torno al año 2011 y fueron publicados antes de 2015, excepto el estudio de O'Connor *et al.* (2019). Este documento se incluyó en la revisión en cuanto fue localizado a través del *RSS Feed* de las estrategias de búsqueda.

Metodológicamente hablando, diez de los catorce estudios (71%) adoptan el enfoque de la investigación-acción participativa de Kurt Lewin, algunos de ellos refiriéndose al modelo de investigación CBPR (Mosavel, Gough y Ferrell, 2018; Florian *et al.*, 2016; Cutts *et al.*, 2016; DyckFehderau *et al.*, 2013; Lazarus *et al.*, 2010), Aviñó (2017) y Greetham *et al.* (2012) mencionando la IAP de Freire, y otros con variantes específicas como el método CHAMP para asociaciones que es empleado por la Fundación Railton y la Universidad de Stellenbosch (2010). De la misma manera que en nuestra revisión, Agdal, Midtgard y Meidell (2019) observaron que el método de IAP es utilizado como un fundamento para el proceso de mapeo de activos con enfoque ABCD. (Agdal *et al.*, 2019)

Si bien, el resto de trabajos también adoptan un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, estos no tienen un desarrollo de investigación-acción sino que emplean técnicas cualitativas como

entrevistas semi-estructuradas, encuestas con preguntas abiertas, o grupos focales/nominales, que cuyos datos son examinados exclusivamente por los investigadores. Observamos que de forma general, se fundamentan en el «enfoque basado en activos» (AB) o en la teoría salutogénica de Aaron Antonovsky, como es el caso del estudio de Sánchez-casado *et al.* (2017), y de forma más específica, algunos como el estudio de Pérez-Wilson *et al.* (2015) o el de Jakes *et al.* (2015) se basan en el modelo de *Health Asset* (HA).

En estas investigaciones donde los participantes del estudio son sujetos de análisis (sus comportamientos, sus discursos, etc.), aunque en ocasiones sean parte activa de la investigación, es pertinente que los autores den cuenta de las consideraciones éticas. Sin embargo, esto solo ocurre explícitamente en seis de los catorce estudios examinados (Cutts *et al.*, 2016; Den Broeder *et al.*, 2017; Florian *et al.*, 2016; Matthiesen *et al.*, 2014; DyckFehderau *et al.*, 2013; Lazarus *et al.*, 2010), si bien se entiende que el informe de Greetham *et al.* (2012), al tratarse de un estudio piloto financiado por el *National Health Service*, cumpla con los fundamentos éticos.

Aunque en los estudios cualitativos el tamaño de la muestra no es criterio de calidad, si lo es, el proceso de identificación de los participantes. Viendo los enfoques teórico-prácticos sobre los que se fundamentan estos estudios, se explica, que en todos ellos el muestreo de los participantes sea intencional o, en todo caso, por conveniencia

según accesibilidad o según la situación elegida por los investigadores<sup>28</sup>. En algunos casos, el proceso de agregación de participantes ha sido por difusión en “bola de nieve” o “en racimo” (Pérez-Wilson, *et al.*, 2015), y en otros, según relevancia (Sánchez-casado *et al.*, 2017) o según la variedad máxima, es decir, buscando que todas las posibles manifestaciones del fenómeno queden incluidas dentro de la muestra.

Este proceso de identificación de los participantes y obtención de datos debe responder también al objetivo que el estudio se plantea. En términos generales, todos ellos pretenden averiguar, a partir de una comunidad determinada y en un contexto concreto, cómo es percibida la salud y la agencia colectiva<sup>29</sup>, y los factores que las promueven. De forma específica, hay estudios que se han centrado en un colectivo concreto, como es el caso de las investigaciones de Pérez-Wilson *et al.* (2015) y de DyckFehderau *et al.* (2013) que buscaron la percepción de niños o adolescentes; o se han centrado en grupos caracterizados por un fenómeno particular, como padecer diabetes (Florian *et al.*, 2016), o «problemas al final de la vida» (Matthiesen *et al.*, 2014). Otros trabajos como por ejemplo el de Cutts *et al.* (2016), la tesis de Aviñó (2017), y el de O'Connor *et al.* (2019), han buscado la comparación entre colectivos de diferentes contextos situacionales o de diferente generación (jóvenes-mayores).

---

<sup>28</sup> Muestreo situacional es aquel donde el investigador define la situación, momento y lugar en el que tomará los datos o buscará los casos de estudio, y dependiendo de ello la muestra que obtenga. (Pérez-Luco, Lagos, Mardones y Sáez, 2018)

<sup>29</sup> Agencia colectiva o social, hace referencia a la “capacidad para comprender y controlar nuestras acciones” (Ennis y West, 2010, p.405).

McLean y McNeice (2012, como se citó en Friedli, 2013), coinciden con nuestra revisión en que es observable que una gran parte de las investigaciones son evaluaciones de «estudios de caso», lo que no pueden responder a preguntas sobre la efectividad de tales intervenciones, pese a que esto no impida ser optimistas sobre el potencial del enfoque basado en activos.

En cuanto a los resultados, en líneas generales, se observa que una gran parte de los estudios examinados, y algunos incluidos en el análisis de contenido, se centran en estudiar desunidamente los activos personales-sociales de los activos físicos. El énfasis excesivo en los recursos psicosociales individuales y colectivos, en silencio de los activos materiales, es criticado por autores como Friedli (2013, como se citó en O'Connor *et al.*, 2019, p.219).

En todo esto, es interesante resaltar que, el hecho de que todos los documentos finalmente incluidos utilicen técnicas cualitativas (entrevistas individuales o grupales, encuestas abiertas, investigación-acción), sean puramente cualitativos o multi-método, se debe a la pertinencia de estas técnicas para identificar los significados que se construyen en torno al concepto de «activo de salud». No siendo este el propósito de los estudios analizados, se realizó una meta-síntesis que, por medio del análisis de contenido de los resultados o discursos textuales transcritos en los documentos, ha permitido inducir las principales dimensiones que caracterizan un activo para la salud. Precisamente en la tesis de Aviñó (2017), se alude al interés científico por indagar en “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” (p.287).

En este análisis se tomaron en cuenta algunos de los veinte documentos que resultaron excluidos según los criterios de elegibilidad, si bien, según lo indicado por Carreño y Chaparro (2015), la disertación de catorce trabajos sería un número aceptable en una meta-síntesis. El proceso de análisis de contenido y categorización se llevó a cabo con el programa de ordenador ATLAS.ti (versión 7.5).

Las dimensiones identificadas en el proceso inductivo y sus concurrencias más significativas, se detallan en la tabla 5.4 y pueden visualizarse en la figura 5.3.

**Tabla 5.4: Dimensiones y concurrencias identificadas en la meta-síntesis**

<b>Fuente</b>	<b>Enlace</b>	<b>Origen</b>
Accesibilidad	<i>is cause of</i>	Caminabilidad
Accesibilidad económica	<i>is property of</i>	Asequibilidad
Adaptabilidad	<i>is property of</i>	Sostenibilidad
Apropiabilidad	<i>is part of</i>	Identidad
Asequibilidad	<i>is property of</i>	Accesibilidad
Barreras físicas	<i>is cause of</i>	Caminabilidad
Capital comunitario	<i>is associated with</i>	Sostenibilidad
Características	<i>is property of</i>	Diseño
Comodidad	<i>is associated with</i>	Diseño
Compromiso	<i>is property of</i>	Participación
Confianza	<i>is cause of</i>	Seguridad
Disponibilidad de tiempo	<i>is property of</i>	Oportunidad
Equidad e inclusividad	<i>is property of</i>	Intersectorialidad
Equidad e inclusividad	<i>is associated with</i>	Participación
Espacios abiertos	<i>is associated with</i>	Público
Estética	<i>is cause of</i>	Caminabilidad
Estética	<i>is property of</i>	Diseño
Estratégico-reflexivo	<i>is property of</i>	Estructura organizativa

Estructura organizativa	<i>is property of</i>	Intersectorialidad
Funcionalidad	<i>is associated with</i>	Multifuncionalidad
Habilidades	<i>is associated with</i>	Caminabilidad
Iluminación	<i>is cause of</i>	Seguridad
Información	<i>is part of</i>	Inteligibilidad
Intersectorialidad	<i>is associated with</i>	Participación
Intersectorialidad	<i>is property of</i>	Sostenibilidad
Mantenimiento - cuidado	<i>is associated with</i>	Características
Mantenimiento - cuidado	<i>is cause of</i>	Seguridad subjetiva
Naturalidad	<i>is associated with</i>	Tranquilidad
Oportunidad	<i>is property of</i>	Asequibilidad
Participación	<i>is cause of</i>	Seguridad
Participación	<i>is associated with</i>	Socialización
Participación	<i>is cause of</i>	Habilidades
Participación	<i>is cause of</i>	Manejabilidad
Participación	<i>is cause of</i>	Significatividad
Participación	<i>is associated with</i>	Identidad
Persistencia-estable	<i>is property of</i>	Sostenibilidad
Proximidad	<i>is cause of</i>	Caminabilidad
Seguridad	<i>is cause of</i>	Caminabilidad
Seguridad objetiva	<i>is part of</i>	Seguridad
Seguridad subjetiva	<i>is part of</i>	Seguridad
Socialización	<i>is associated with</i>	Seguridad
Socialización	<i>is cause of</i>	Habilidades
Transformabilidad	<i>is property of</i>	Sostenibilidad
Usos de suelo	<i>is cause of</i>	Caminabilidad
Variedad de oferta	<i>is associated with</i>	Funcionalidad
Variedad de oferta	<i>noname</i>	Multifuncionalidad

Fuente: elaboración propia a partir de datos analizados con Atlas.ti

Visualizando la red de la figura 5.3, observamos que hay tres dimensiones en particular (“caminabilidad”, “seguridad” y “participación”), que tienen una gran confluencia de enlace con otras. Estos enlaces conceptuales, también entendidos como concurrencias,

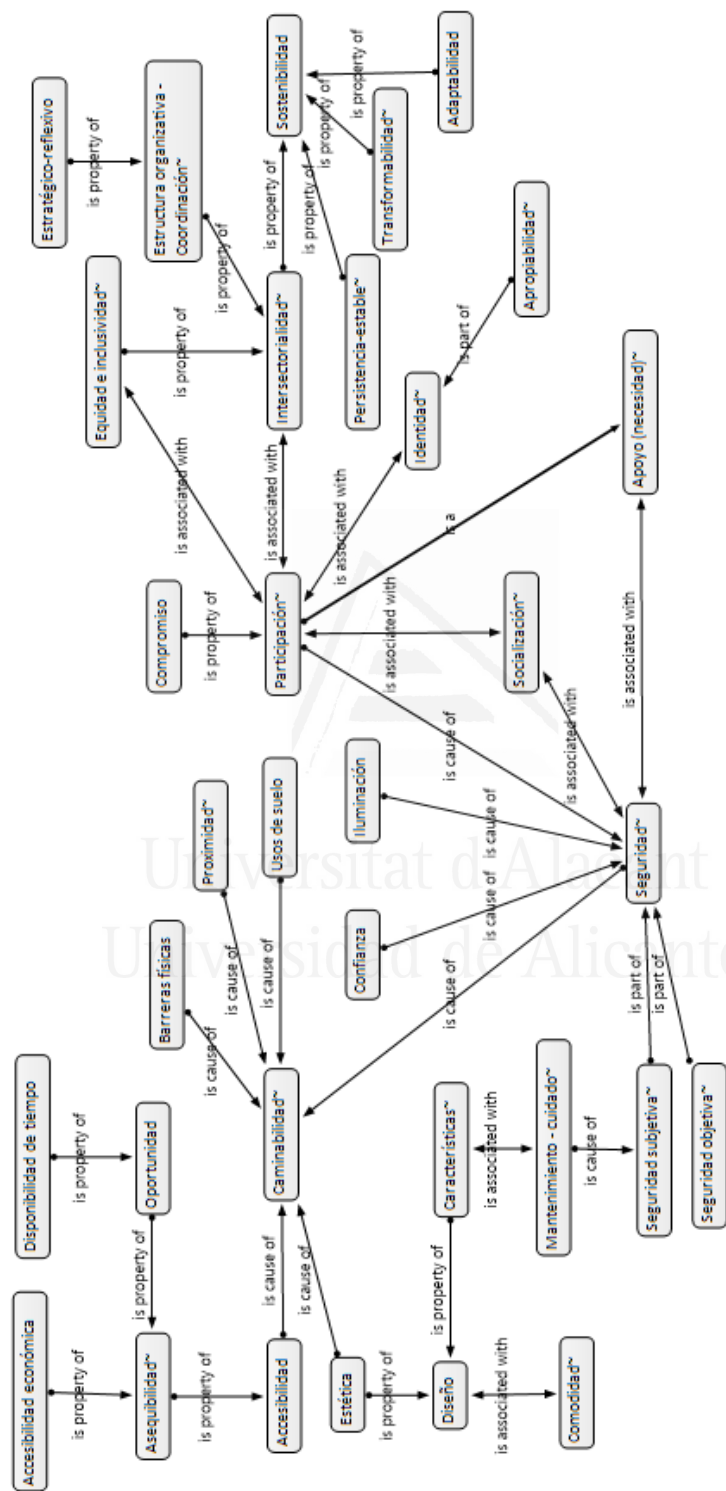
solo explican las relaciones existentes entre las categorías que han sido inducidas por medio del análisis de contenido. Por otro lado, los conceptos que se han codificado en mayor cantidad, son los de “asequibilidad”, “mantenimiento-cuidado”, “naturalidad”, y de nuevo también la “seguridad”. A continuación son explicados algunos de ellos.

En el análisis de contenido se ha inducido que el concepto de “seguridad” está conformado por la percepción subjetiva -individual o colectiva- y por mediciones objetivas, aunque estas son interpretadas habitualmente bajo nuestra subjetividad. Si bien esto ocurre en la mayoría de las dimensiones a las que nos referiremos a continuación, en el caso de la “seguridad” es más frecuente que encontremos discursos que atienden a cuestiones objetivas como por el ejemplo el grado de delincuencia, presencia ciudadana, o desperfectos en la infraestructura:

*“Las preocupaciones de seguridad iban desde limitaciones del entorno físico (por ejemplo, pocos parques y áreas verdes; mantenimiento deficiente de los parques existentes) hasta amenazas del vecindario (por ejemplo, robos, pandillas, vandalismo) y violencia doméstica” (Hilfinger et al., 2017, p.5).*



Figura 5.3.: Dimensiones y concurrencias identificadas en la meta-síntesis

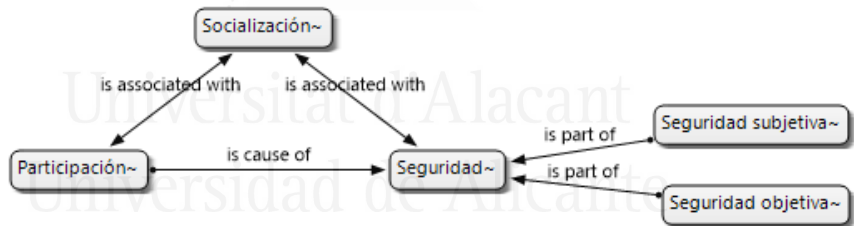


Fuente: elaboración propia a partir de datos analizados con Atlas.ti

*“[...] los adolescentes sintieron miedo de usar esos espacios verdes debido a la presencia de actividad de pandillas y venta de drogas. Los jóvenes expresaron la necesidad de instalaciones recreativas más seguras que sean apropiadas para los adolescentes y equipadas...” (Cubilla-Batista et al., 2017, p.8).*

No son pocos los estudios que relacionan la percepción de seguridad con niveles altos de participación, sea por ejemplo en una asociación o en un espacio abierto (Cutts et al., 2016). Participar e involucrarse con el recurso, aumenta la confianza del individuo y esto a su vez mejora las percepciones vinculadas con la seguridad (figura 5.4)

**Figura 5.4: Concurrencias de la dimensión “Seguridad”.**

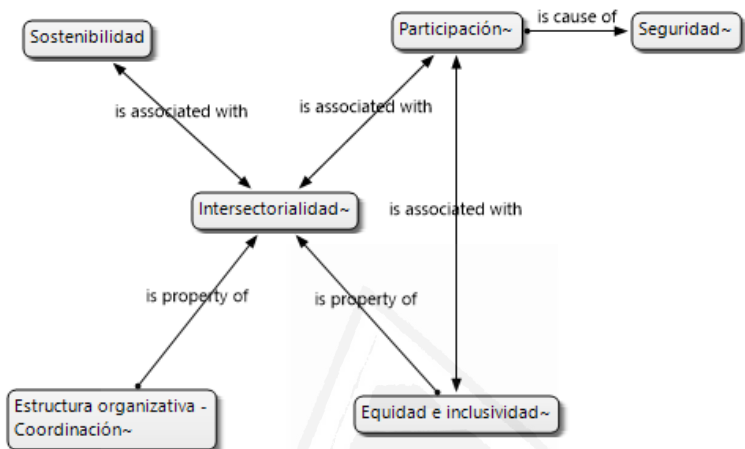


Fuente: elaboración propia a partir de datos analizados con Atlas.ti

La “participación” es otra dimensión con varias concurrencias con ideas como la de identidad, equidad o inclusión, la socialización, y en otro sentido, con la de intersectorialidad (figura 5.5). Como veremos más adelante, la participación es el instrumento fundamental para que la sociedad se empodere y se comprometa en cuestiones de salud. Un factor característico de la participación es el vínculo social. El concepto de intersectorialidad se refiere, en este caso, a la

cooperación/participación del recurso con otros, a favor de objetivos comunes o beneficios sociales.

**Figura 5.5: Concurrencias de la dimensión “Intersectorialidad”.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos analizados con Atlas.ti

Con todo esto, la participación no solo influye en la percepción de seguridad, sino que puede ser razón de que se construya un sentimiento de apego o identidad hacia ese lugar. Un activo que permita la participación, y que participe con otros recursos, va a tener probablemente más identidad en el territorio (figura 5.3).

*“Son destacados al promover comunicación intersectorial y su vinculación a la promoción de la salud: por su capacidad de trabajar con otros profesionales, facilitan la interconexión con salud [...] aquellos que fomentan a la vez sentimientos de pertenencia” (Sánchez-Casado et al., 2017, p.9).*

También, es habitual relacionar espacios de gran identidad con aquellos que invitan a la socialización. *“Incrementan el sentido de*

*pertenencia [...] espacios que han incentivado valores como la dignidad, la resistencia, la alegría y la solidaridad entre vecinos...*" (Molina-Betancur et al., 2020, p.3)

El concepto de la "socialización" está muy relacionado con la participación, aunque no siempre estén de la mano. Esta dimensión se entiende como el capital social de los recursos, fomentando las relaciones sociales: "*[...] están orgullosos del mercado y señalan a las cafeterías como importantes centros de socialización*" (Pons-Vigués et al., 2017).

La "identidad" se relaciona con sentimientos de apego de los individuos hacia lugares o espacios físicos, que producen autoestima y un vínculo singular. Un ejemplo muy claro son los recursos religiosos, que satisfacen la necesidad básica de «valores y creencias»:

*"Las iglesias dan un sentido de esperanza. La gente respeta a la iglesia..."* (Cutts et al., 2016).

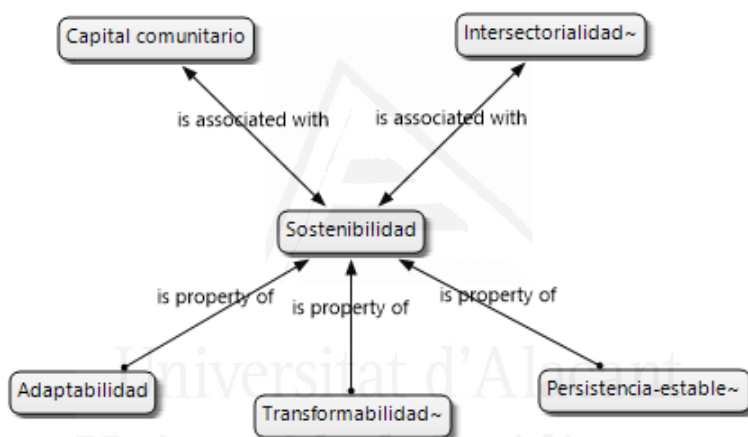
*"Varios participantes describieron su participación activa en las tradiciones religiosas, pero mencionaron el inconveniente de no tener una iglesia donde pudieran celebrar misa"* (Cubilla et al., 2017, p.8).

Por otro lado, la "intersectorialidad" concurre con el constructo de la "sostenibilidad", conformado por conceptos como el de adaptabilidad, estabilidad y transformabilidad, en el sentido de innovación (figura 5.6).

*"Forjar vínculos con estructuras/organizaciones existentes para la sostenibilidad mantenida"* (Matthiesen et al., 2014, p.311).

*“[...] la capacidad de un sistema para mantener la estructura y la función frente a sobresaltos y cambios” “[...] La construcción resiliente se da en escenarios estructurados y una gestión adaptativa activa”, “[...] El capital es una propiedad que resulta de las características de los subsistemas, componentes, estructura e interacciones. Esta es una forma de poner en práctica el concepto general de sostenibilidad” (Flint, 2010, p.49).*

**Figura 5.6: Concurrencias de la dimensión “Sostenibilidad”.**

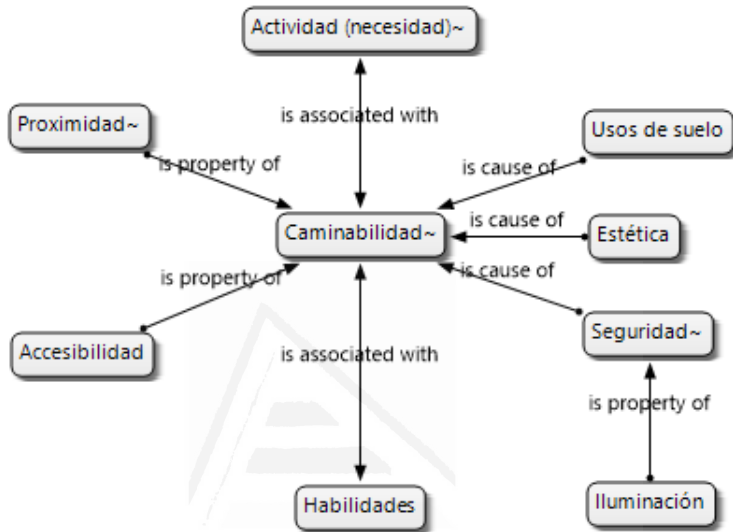


Fuente: elaboración propia a partir de datos analizados con Atlas.ti

Al margen de las dimensiones hasta ahora mencionadas, aunque guarden alguna concurrencia como son la seguridad, están los conceptos de “conectividad” por medio de transporte, y la “caminabilidad” (figura 5.7), en el sentido de la cualidad del entorno para permitir desplazarse caminando de un recurso a otro. Esta última es mencionada frecuentemente en la literatura y se relaciona con factores como el de la proximidad de los recursos, la estética del trayecto, la diversidad de usos

del suelo que atraigan la atención del caminante, las condiciones o mantenimiento de la calzada, así como la iluminación.

**Figura 5.7: Concurrencias de la dimensión “Caminabilidad”.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos analizados con Atlas.ti

*“[...] el transporte y la conectividad fue una dimensión que los profesionales consideraron potenciadora de la salud.” (Den Broeder et al., 2017, p.7)*

*“La falta de transporte público accesible y confiable puede aumentar la necesidad de recursos financieros, tener tiempo extra, o tener que recorrer largas distancias para llegar a la activo de interés.” (Toro-Hernández, Villa-Torres, Mondragón-Barrera, y Camelo-Castillo, 2020, p.7).*

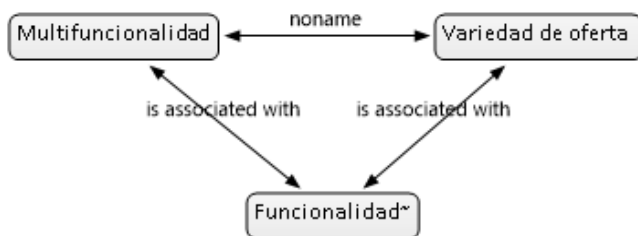
*“Se observa que la deficiente infraestructura de transporte y comunicación en muchas comunidades rurales excluye a muchas de tener un acceso adecuado a los servicios...” (Fenny, Kusi, Arhinful y Asante, 2016, p.6).*

*“[...] el alumbrado público inadecuado, las malas condiciones de las calles y la falta de aceras obstaculizaron la movilidad” (Hilfinger et al., 2017, p.5).*

*“Aceras arboladas propician el desplazarse caminando” (Mosavel et al., 2018, p.227)*

En el proceso de categorización de todos los documentos, también han aparecido otras dimensiones o cualidades que las personas valoran de unos u otros recursos. Por ejemplo la “funcionalidad” de los recursos, desde la perspectiva de la multifuncionalidad de un activo que atienda simultáneamente a varias necesidades fundamentales (figura 5.8): *“Las escuelas deberían tener más funciones para incluir a la comunidad” (Lazarus et al., 2010, p.65);* o por ejemplo también la «variedad de oferta» desde la idea de disponibilidad y asequibilidad: *“supermercados fuera de la ciudad por acceder a una gama más amplia de alimentos a precios potencialmente más bajos.” (Seguin et al., 2015, p.3).*

**Figura 5.8: Concurrencias de la dimensión “Funcionalidad”.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos analizados con Atlas.ti

Otro factor al que se hace referencia en varias ocasiones es el de la claridad en la información, la “transparencia” de las instituciones, y divulgación de los servicios a la comunidad.

*“Información accesible y recursos compartidos entre organizaciones de la comunidad [...] Disponible en forma impresa y en línea.” (Matthiesen et al., 2014, p.311)*

*“La gran distancia, así como la falta de información son las principales razones por las que algunas sociedades están excluidas del acceso a los servicios.” (Fenny et al., 2016, p.6)*

En prácticamente todas las investigaciones se subraya que los participantes, al final de los procesos de investigación-acción, manifiestan que un gran valor del mapeo de activos es justamente la oportunidad de concienciarse acerca de los recursos de los que dispone el territorio.

Por último, también incidir en los conceptos de “público” y de “naturalidad”, para los cuales en muchas ocasiones se entremezclan las razones por las que se valoran activos como los parques y espacios naturales o las plazas de los vecindarios. La “naturalidad” se refiere sobre todo a los espacios verdes pero también a los elementos o características de cualquier tipo de recurso que aporta una sensación de naturaleza y tranquilidad. Por otro lado, la idea de “público” abarca las percepciones de identidad que los usuarios tienen acerca de recursos que no son privativos o excluyentes en su uso, bien por necesidad de recursos financieros como por otros motivos: *“Si tienes que pagar, entonces no es realmente un recurso [comunitario]” (Hilfinger et al., 2017, p.6).*



A parte de las dimensiones mencionadas, también se categorizaron las necesidades fundamentales que frecuentemente referían los participantes en su orientación personal a la hora de otorgar valor a un recurso. Las necesidades que con mayor frecuencia fueron codificadas son, ordenadas de mayor a menor: Salud (necesidad) – Actividad (necesidad) – Diversión/ocio (necesidad) – Rol y relaciones (necesidad).



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 5.2. CONFIGURACIÓN DEL INSTRUMENTO. DIMENSIONES DE UN ACTIVO PARA LA SALUD

A raíz de observar en la revisión sistematizada, que muchos estudios correspondían a metodologías basada en activos, como el ABCD, o centradas en la participación de la comunidad (CBPR), posteriormente se han llevado a cabo varias búsquedas bibliográficas específicas sobre tales enfoques. Por ejemplo, en la revisión de 2020 se obtenían como resultados en la Web of Science hasta un total de 35 resultados con la búsqueda textual del enfoque ABCD (TI="Asset-Based Community Development"), y 696 resultados para la búsqueda: TI="community-based participatory research".

Se realizaron también diversas búsquedas bibliográficas específicas para la mayoría de las dimensiones obtenidas del análisis de contenido. Algunas de las palabras clave y estrategias empleadas fueron:

*...built environment, food desert, accesibility, availability, walkable/bility, neighbourhood features, healthy city/ies, perceived neighbourhood attributes, utility, sustainable/bility, affordable/bility, safety o security, etc.*

- *TS=("neighbourhood features") OR TI= (neighbourhood)*
- *TI/resum/keywords=("neighborhood planning" OR "city planning" OR "built environment")*
- *[TS=("neighborhood planning" OR "city planning")] AND [TS=("neighbourhood features") OR TI=("neighbourhood features")]*
- *TI/resum/keywords=(school OR "health school" OR "healthy university" OR "healthy school") AND*

*TI/resum/keywords=(asset\* OR "health assets" OR "health resources")*

- *[TS=("built environment" OR "city planning" OR "neighborhood planning")] AND [(TS=perception) AND (TS=usage OR TI=(utility OR useful OR usage))]*
- *[TS=("city planning" OR "neighborhood planning" OR "built environment")] AND [(TI="food desert") OR (TI="food access")]*
- *TI=("Web Accesibility") AND (TS=indicators OR TI=indicators)]*
- *[TS=("built environment" OR "city planning" OR "neighborhood planning")] AND [(TS=perception) AND (TS=accessibility AND TI=access\*)]*
- *[(TI=(neighborhood planning OR city planning OR built environment) AND (TI=(clearly OR clarity OR clearness OR visibility))]*
- *[TI=(value\* OR item\* OR indicator\* OR scale OR factor\*) AND TI=(built environment OR urban design OR "urban form factors" OR Architecture)] AND TI=(quality OR satisfaction OR health)*
- *[TI=(value\* OR item\* OR indicator\* OR scale OR factor\*) AND TI=(built environment OR urban design OR "urban form factors" OR Architecture)] AND TI=(quality OR satisfaction OR health)*

El propósito, de la revisión sistemática realizada y la posterior búsqueda bibliográfica extensa, es definir unos criterios generales y específicos comunes a todos los activos, o cualidades, que permitan orientar las acciones comunitarias, además de priorizar y focalizar la mirada de miembros y líderes comunitarios en un intento de mejorar el vecindario en el que viven y se relacionan (tabla 5.5, ver ANEXO 1). Como defiende Van Kamp *et al.* (2003), "las definiciones en sí mismas no son interesantes, pero sus implicaciones en términos de teorías e

hipótesis subyacentes son extremadamente importantes para la discusión de dominios relevantes, indicadores, niveles de escala y causalidad”. El objetivo es comprender qué aspectos se necesitan para describir la calidad ambiental urbana y el bienestar humano dentro de un modelo conceptual.

Los criterios de análisis del espacio público, y en general de los entornos urbanos con tendencia hacia la sostenibilidad, requieren de un enfoque sistémico y de una visión concordante entre la escala urbana y la escala humana. (MITMA, 2012. p.10)

La herramienta inicialmente elaborada consta de 14 dimensiones con 24 categorías incluidas y hasta un total de 145 ítems (tabla 5.6, ver ANEXO 2). Los ítems se organizan por dimensiones y categorías según la siguiente estructura:

1. **Utilidad:** 11 ítems
2. **Intención de uso (Norma Subjetiva, Actitud, Motivación y deseo):** 11 ítems (2 – 6 – 3)
3. **Uso anterior:** 4 ítems
4. **Asequibilidad (Circunstancias, Oportunidad, Accesibilidad económica):** 4 ítems (1 – 1 – 2)
5. **Proximidad:** 4 ítems
6. **Caminabilidad (Rectitud, Integridad):** 8 ítems (3 – 5)
7. **Conectividad:** 4 ítems
8. **Inteligibilidad (Visibilidad, Transparencia):** 9 ítems (2 – 7)
9. **Identidad (Singularidad, Apropiabilidad, Apego):** 14 ítems (6 – 4 – 4)

10. **Diseño (Configuración, Funcionalidad, Comodidad):** 35 ítems (11 – 6 – 18)
11. **Seguridad (Objetiva, Subjetiva):** 16 ítems (11 – 9)
12. **Diversidad:** 3 ítems
13. **Público (Público, Privacidad):** 3 ítems (2 – 1)
14. **Sostenibilidad (Mantenimiento, Sostenibilidad económica, Sostenibilidad medio-ambiental, Centralidad, Equidad-inclusividad):** 19 ítems (4 – 4 – 3 – 6 – 2)

En este punto, hay que especificar que el ítem de “actitud” se ha desarrollado según el «diferencial semántico»<sup>30</sup>, consistente en una serie de pares de adjetivos extremos que sirven para calificar al objeto de actitud. En este caso, el participante debe calificar al objeto de actitud a partir de un conjunto de adjetivos bipolares; entre cada par de éstos, se presentan varias opciones y la persona selecciona aquella que en mayor medida refleje su actitud.

---

<sup>30</sup> «Diferencial semántico»: Consiste en una serie de pares de adjetivos extremos que sirven para calificar al objeto de actitud, ante los cuales se pide la reacción del sujeto, al ubicarlo en una categoría por cada par. Es decir, el participante debe calificar al objeto de actitud a partir de un conjunto de adjetivos bipolares; entre cada par de éstos, se presentan varias opciones y la persona selecciona aquella que en mayor medida refleje su actitud. El diferencial semántico fue planteado por Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) para explorar las dimensiones del significado.

Creo que hacer uso del recurso en las próximas cuatro semanas me resultará:

- útil – inútil
- eficaz – ineficaz
- ventajoso – perjudicial
- inteligente – estúpido
- agradable – desagradable

El análisis de las puntuaciones finales y las conclusiones valorativas habrá que hacerlas con suma precaución, no siendo finalidad de la herramienta la comparación entre recursos. Esto se debe a que el análisis no deja de ser subjetivo del individuo o grupo de sujetos que hagan uso de la herramienta y, además, es cambiante según el contexto.

Por esta razón, es conveniente entrar a explicar en detalle el instrumento, sus dimensiones y categorías, la interrelación de todas ellas y su disposición en el diagrama final de valoración de los recursos-activos.

La figura 5.9 (ver ANEXO 3) está configurada como una tabla de doble entrada que permite organizar la diferentes variables que van a permitir categorizar un recurso como una activo para la salud, en torno a dos criterios: el eje horizontal recoge las tres dimensiones del Sentido de Coherencia de Aaron Antonovsky y ayudará a situar estas variables según su vinculación más o menos próxima con los conceptos de significatividad, comprensibilidad y manejabilidad; y al eje vertical del diagrama, que permitirá situar estas mismas variables según correspondan a factores internos o atributos propios del recurso

(generalmente objetivos), o con factores externos a él y que están más relacionados con el punto de vista del individuo o comunidad (subjetivos).

En cuanto al eje horizontal, en su extremo derecho se sitúa el concepto de recurso que, conforme incorpora más características de valor, se aproxima a la condición de activo mostrado en el extremo izquierdo. Raro es que un recurso no sea percibido como valioso por algún individuo de un territorio (un vecindario o comunidad), pero ese recurso adquiere mayor potencial como imagen colectiva cuanto más relevante y claro sea su contenido y menores las distorsiones y contradicciones de su significado (Aragonés y Américo, 2000). Consideramos entonces que un recurso toma valor de activo cuando resulta significativo y digno de gastar energía para su uso por parte de un grupo de individuos o una comunidad. Esta idea se encuentra ligada al concepto de “**significatividad**” de Aaron Antonovsky. Según Antonovsky, esta es la dimensión más importante de las tres que conforman el SOC, y con ella se encuentran las variables más íntimamente relacionadas con la percepción por parte de los individuos de que la situación es digna de compromiso o que «el recurso es digno de ser utilizado».

Si avanzamos de izquierda a derecha del diagrama, se posicionan otras variables según queden vinculadas a las dimensiones de comprensibilidad y manejabilidad.

Recordemos que la “**comprensibilidad**” es considerada por Antonovsky como el componente cognitivo del SOC, definiéndolo como el grado en el que el individuo percibe el medio interno o externo como

ordenable, consistente, estructurado, o explicable (Agulló, 2017; Fernández, 2009). La comprensibilidad que un individuo tenga sobre un recurso concreto dependerá por un lado del factor humano (las capacidades, experiencia, necesidades, etc. del individuo), y también de las características del propio recurso. Las dimensiones representativas de la comprensibilidad son la seguridad percibida y la asequibilidad y, a modo de ejemplo, esta última dimensión contempla, además del coste de acceso y uso del recurso, el factor externo relacionado con las circunstancias económicas individuales

Además de la significatividad y comprensibilidad que un individuo expresa de un recurso también es necesario valorar el grado de manejabilidad. Como ya se ha explicado, para Antonovsky, la “**manejabilidad**” es el componente instrumental o conductual, e indica el grado en que los individuos perciben que tienen o pueden tener a su disposición los recursos adecuados para afrontar y satisfacer las demandas del ambiente, aunque no los controlen. Antonovsky se inspiró en los conceptos de afrontamiento y Locus de Control de Rotter (1966) sobre la el sentido que tienen los individuos sobre su propia capacidad para intervenir de forma eficaz sobre sí mismos y su entorno. De este modo, las personas con un locus de control interno creen que su propias acciones determinan las recompensas que obtienen, mientras que aquellas que tienen un locus de control externo creen que su propio su propio comportamiento no va a tener una fuerte influencia en los resultados de su acción porque éstos dependen esencialmente de otras variables externas que escapan a su control, son impredecibles, debido a la complejidad de las fuerzas que intervienen, y tienen que ver con la



casualidad o la suerte. (Agulló, 2017; Antonovsky, 1990; Fernández, 2009)

Por otro lado y a su vez en el eje vertical del diagrama, los diversos aspectos que permiten valorar el carácter de activo para la salud de un recurso se pueden analizar desde la dimensión objetiva de los “**factores internos**” propios del recurso, o desde la subjetividad o “**factores externos**” al recurso, que tienen que ver estos últimos con las características del individuo o la comunidad que interpreta el recurso y decide hacer uso o no de él. Esta doble perspectiva, es importante para entender la lista de verificación que proponemos para la valoración de cualquier activo para la salud y constituye la referencia para organizar en sentido vertical la tabla 5.5. De este modo, las dimensiones más cercanas al extremo del *continuum* denominado factores internos del recurso porque su análisis dependerá exclusivamente de medidas objetivas del recurso o su entorno físico inmediato tenderán a situarse en la parte inferior de la tabla (p.ej. el diseño o la diversidad en la prestación de su función). Por el contrario, aquellas dimensiones que se encuentran más relacionadas con la perspectiva subjetiva del individuo, sus preferencias y actitudes, los llamados factores externos al recurso, se aproximarán hacia la parte superior del diagrama como es la asequibilidad o la dimensión de utilidad. Los recursos pueden facilitar una función de interés para algunos miembros de la comunidad pero no para todos: un recurso religioso para una familia atea, un gimnasio para un individuo que busca un deporte grupal, o una tienda de comestibles convencional para una familia musulmana con diferentes costumbres alimenticias.

La figura 5.9 es una representación esquemática y visual acerca de la interrelación de las diferentes variables que en este trabajo se han entendido relevantes para considerar un recurso como activo para la salud. La evidencia científica existente no permite priorizarlas y tampoco conocer la relación causal -si la hubiera- entre todas ellas, pero si nos permite elaborar un paraguas conceptual que señale y contemple una posible vinculación entre las diferentes dimensiones. A continuación se presentan las contribuciones que, desde trabajos de diferente naturaleza, han permitido fundamentar el mapa conceptual aquí presentado y que constituyen una primera base a partir de la cual desarrollar los distintos aspectos sobre los cuales parece oportuno valorar en la consideración de un recurso como un elemento que contribuye al mantenimiento y mejora del bienestar y de la salud de los individuos: un activo para la salud. En la presentación de estos trabajos se sigue un criterio más conceptual que cronológico.

Anticipo de las numerosas magnitudes que configura este paraguas conceptual, un trabajo especialmente interesante por el propósito de su estudio y contenido, a pesar de la fecha de publicación, que también es indicativo de la escasez de este tipo de estudios en el ámbito de la psicología ambiental, es el de Smith, Nelischer y Perkins (1997). Estos autores realizaron una revisión bibliográfica sobre las categorías y criterios que median en la habitabilidad de un vecindario según autores de muy diferentes ámbitos de investigación. Smith, Nelischer y Perkins acaban planteando las siguientes categorías indicativas de calidad: la “habitabilidad” (incluida la comodidad física en relación a la proximidad de los recursos, y la comodidad psicológica por el diseño y la percepción de seguridad), el “carácter” del recurso

permitiendo su apropiación (debido a la estética y a la calidez o amigabilidad), la “conectividad social” (o sociabilidad), la “libertad personal” en privacidad y capacidad de toma de decisiones o empoderamiento, y finalmente la “movilidad”, que se refiere a la conveniencia o asequibilidad personal tanto física como de oportunidades para la realización de diferentes actividades, además de la accesibilidad universal y la legibilidad o entendimiento (Smith, Nelischer y Perkins, 1997). Además, los autores consiguieron ordenar dichos atributos por su vinculación con mediciones físicas (objetivas) del entorno, siendo la conectividad, el carácter del lugar y la diversidad, las que más fuertemente resultaban asociadas. Por otro lado, analizaron las mediciones físicas en relación con la calidad percibida de la comunidad, siendo los aspectos más destacados los siguientes: transitabilidad, servicios al aire libre, ausencia de barreras físicas, adecuado mantenimiento, presencia de elementos verdes o de paisajismo, y la preservación de los valores culturales.

Otro trabajo mucho más reciente, es el estudio realizado por Nase, Berry y Adair (2015) donde analizan en detalle nueve modelos sobre el «diseño urbano», y destacan doce puntos de generalizada consideración en la literatura. En primer lugar está la imagen del recurso (su comprensión, identidad y robusted), su coherencia espacial, la calidad del diseño (rico en experiencias sensoriales, estéticas y funcionales para los requisitos humanos), también la flexibilidad (configurado para su durabilidad y permanencia, y la adaptabilidad a nuevos estilos de vida), su adecuada administración en el mantenimiento, y la sostenibilidad (rentabilidad, ecología). Además, es importante la densidad y diversidad (variedad en el territorio y en las

actividades o servicios), su accesibilidad (física y de información, con orientación universal), la el ámbito público, y la participación (Nase, Berry y Adair, 2015).

De forma parecida, el Proyecto de las Naciones Unidas UN-Habitat (*United Nations Human Settlements Programme*) desarrolló un informe donde quedan desgranados y detallados una selección de principios<sup>31</sup> y herramientas políticas que pueden ayudar a mejorar de forma efectiva la creación de espacios habitables (UN-Habitat, 2015, p.36). Una escala muy conocida por la amplitud de dimensiones analizadas para el ámbito del vecindario es la *Perceived Residential Environment Quality* (PREQ)<sup>32</sup> que recoge muchos de estos términos como constructos o subsescalas (Bonaiuto *et al.*, 2006). Entre otras

---

<sup>31</sup> Principios formulados por UN-Habitat: - Reforzar la identidad local y el orgullo cívico. - Mejorar el carácter físico de un área, dando forma al DESARROLLO existente y futuro. - Mejorar la inclusión física y social, incluida la accesibilidad. - Proporcionar rutas conectadas entre lugares [...] y rutas más seguras. - Proteger y mejorar la biodiversidad y los hábitats ecológicos. - Proporcionar infraestructura verde y servicios ecosistémicos. - Impulsar el potencial económico del turismo/ocio y las actividades culturales. - Proporcionar instalaciones culturales, sociales, recreacionales, deportivas y comunitarias. - Proteger y promover la comprensión del valor histórico-cultural. - Contribuir a la creación de lugares saludables, incluidas las zonas tranquilas. - Promover las oportunidades para la producción local de alimentos. - Ayudar a mitigar y adaptarse al cambio climático. - Mejorar las oportunidades para disfrutar del contacto con el mundo natural. (UN-Habitat, 2015)

<sup>32</sup> Dimensiones de la escala *Perceived Residential Environment Quality* (PREQ): (1) Características arquitectónicas (tres escalas de 22, 14 y 10 ítems respectivamente): espacio arquitectónico y urbanístico (densidad, estética y tamaño/volumen), organización de accesibilidad (caminabilidad, conectividad), y áreas verdes; (2) características socio-relacionales (una escala de 24 ítems): seguridad/tolerancia, civilidad/discreción, sociabilidad y cordialidad; (3) características funcionales (cuatro escalas de 12, 16, 8 y 8 ítems respectivamente): servicios de bienestar, servicios recreativos (instalaciones deportivas y de interés cultural), servicios comerciales, servicios de transporte (variedad, acceso y conexión); (4) características de contexto (tres escalas de 16, 8 y 12 ítems respectivamente): tranquilidad, salud ambiental (limpieza, presencia o no de ruido), mantenimiento y cuidado. (Bonaiuto, Fornara y Bonnes, 2006)

herramientas también se hace referencia al programa *Placemaking* de la organización internacional *Project for Public Space*<sup>33</sup>, que tiene especial interés por la clasificación e interrelación que hace de estos conceptos y sus dimensiones. Los conceptos o «atributos clave» sobre los que convergen el resto de dimensiones y las mediciones objetivas (ver figura 5.10) son: la accesibilidad y conectividad, la comodidad e imaginabilidad, los usos y actividades, y la sociabilidad del lugar (*Project for Public Spaces*, 2004).

**Figura 5.10: What makes a great place? Atributos clave, intangibles y mediciones.**



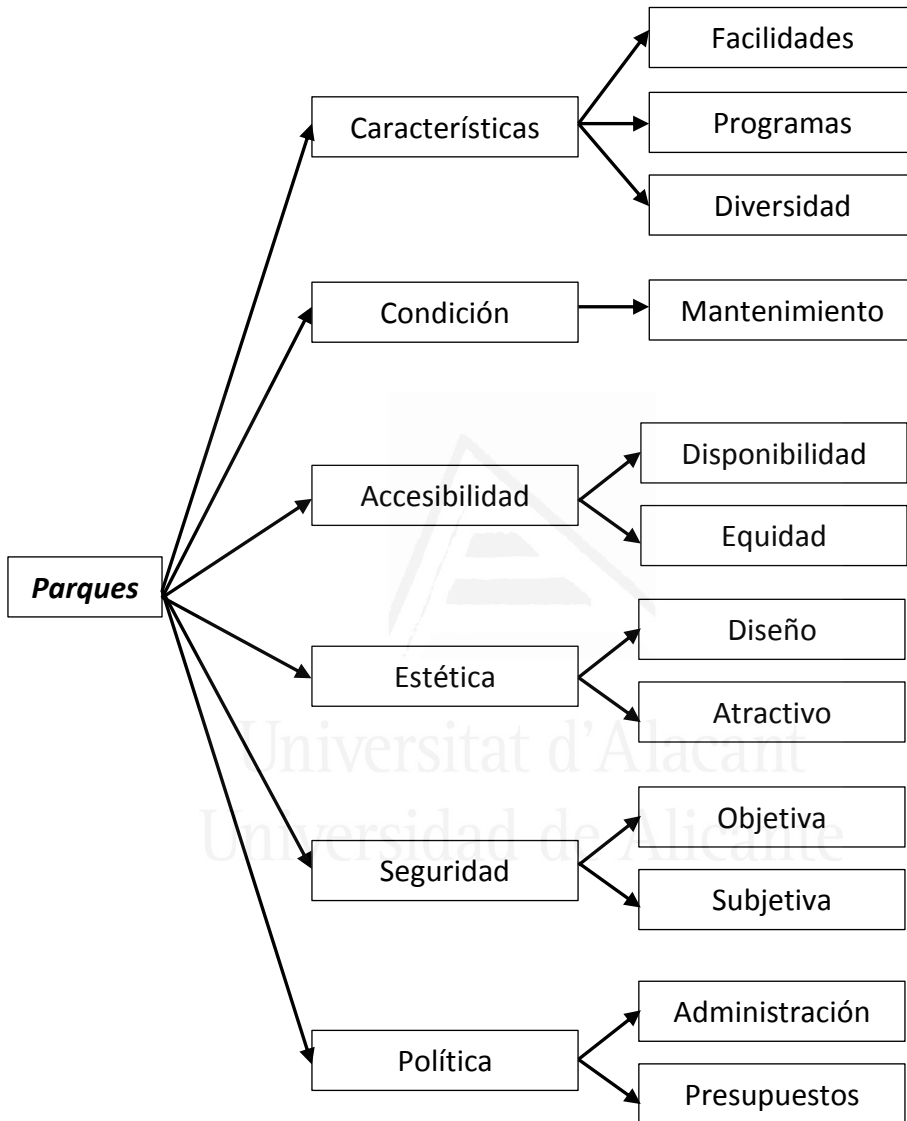
Fuente: *Placemaking. What if we built our cities around places?* (p.5), Project for Public Space, 2004.

<sup>33</sup> *Project for Public Space* (PPS): es una organización sin fines de lucro de planificación, diseño y educación dedicada a ayudar a las personas a crear y mantener espacios públicos que contribuyan a construir comunidades más fuertes. <https://www.pps.org/plc>

Muy parecida a esta propuesta es el marco propuesto por Vey y Love (2019) en el cual, además de aludir a la utilización de la metodología de activos, destacan las dimensiones de accesibilidad (incluyendo la confiabilidad y asequibilidad), de identidad o sentimiento compartido de propiedad y apego, la inclusividad o apoyo en la construcción de redes, y el atractivo de los recursos por su variedad de actividades y programación (Vey y Love, 2019). Una referencia de modelo conceptual en la definición de activo para salud, es el elaborado por Bedimo-Rung *et al.* (2005) particularmente propuesto para el caso de los parques (ver figura 5.11). Según los autores, las razones más comunes para no hacer uso del parque o no participar en actividades relacionadas con el parque son: la salud personal y la falta de tiempo, el coste monetario, la información, la conectividad por transporte y facilidad de acceso al recurso, las inquietudes de seguridad, la variedad de instalaciones adecuadamente mantenidas, y la falta de compañeros de ocio (sociabilidad). (Bedimo-Rung, Mowen y Cohen, 2005)

Universidad de Alicante

Figura 5.11: Clasificación de los atributos del parque.



Fuente: Adaptado de "The Significance of Parks to Physical Activity and Public Health" (p. 160), por A.L. Bedimo-Rung *et al.*, 2005, *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2S2).

Brown (2008), en su teoría sobre la geografía del parque urbano, discute el problema de analizar las relaciones entre estas variables y, aunque sugiere correlaciones por ejemplo entre la distancia y el valor del recurso (en el caso específico de los parques), hace referencia a otros factores, como el estado socioeconómico, que pueden confundir o enmascarar estas relaciones (Brown, 2008). Siguiendo esta línea, se puede pensar en una desafortunada situación en la que un recurso reúna las características principales (p.ej. un recurso disponible física y económicamente, cómodo, seguro, flexible, diverso, conocido y con identidad) y, sin embargo, no sea percibido como relevante para la salud o bienestar del individuo, de una familia o incluso de una comunidad entera.

Dentro del diagrama de doble entrada que expresa la figura 5.9, existe un entramado de dimensiones que se encuentran más o menos interrelacionadas según la literatura.

Así por ejemplo, tomando el modelo de jerarquía de necesidades de Maslow, Alfonso (2005) propone un marco similar para analizar el contexto de la caminabilidad (figura 5.12). Según Maslow una persona no consideraría la necesidad de hacer uso del recurso si alguna necesidad de orden inferior no estuviera pendiente de atender. Sin embargo, Maslow también advertía que los niveles dentro de la jerarquía no siempre sucedían en el orden descrito y así Alfonso (2005) indica que una conducta, como es caminar, puede estar motivada simultáneamente por varias necesidades diferentes, y dependientes de «circunstancias de la vida» particulares. Así, su jerarquía de necesidades para caminar habla en primer lugar de la “factibilidad” en tiempo y responsabilidades y en la capacidad para la movilidad (consideradas en

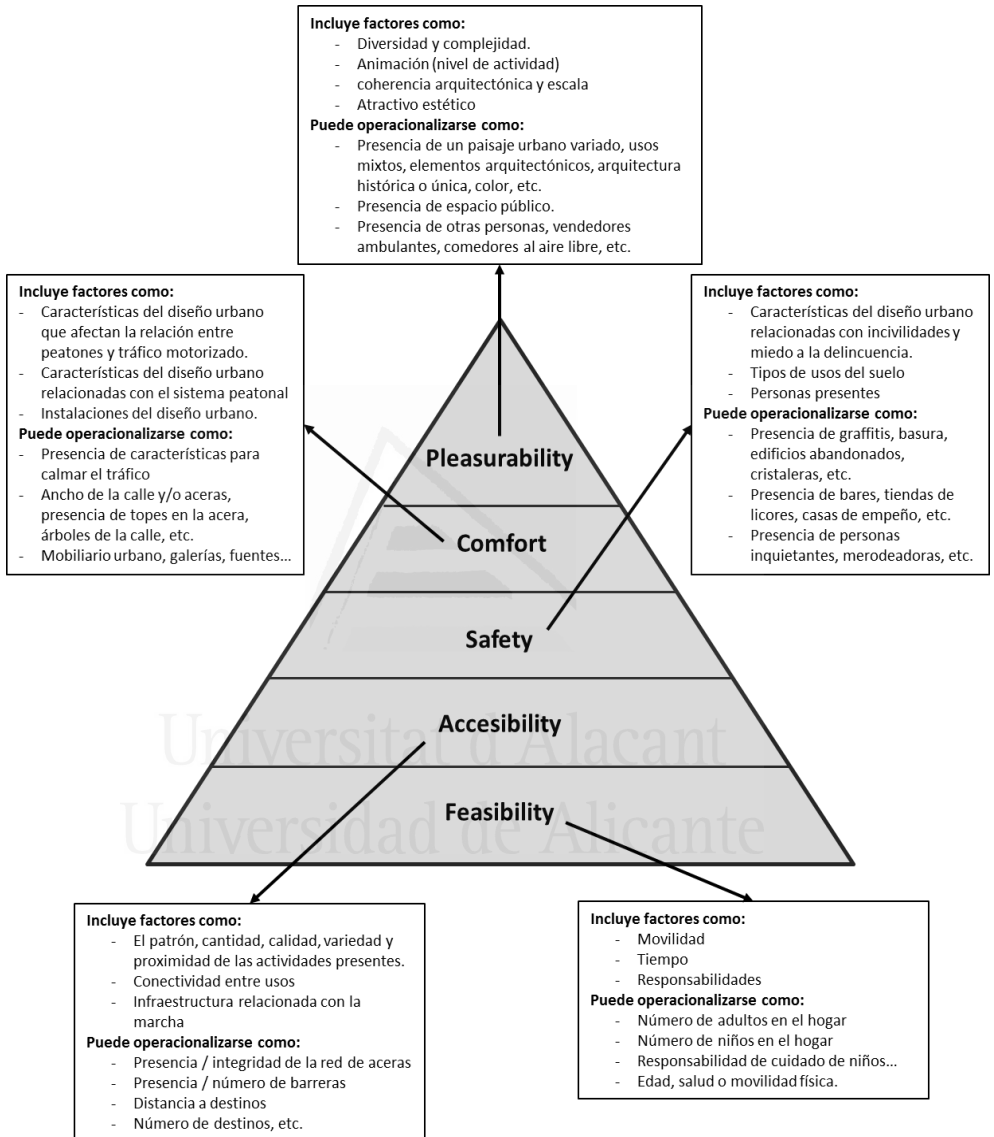


nuestra lista de verificación como asequibilidad). En el segundo nivel se encuentra el concepto de accesibilidad donde incluye las dimensiones de proximidad, conectividad entre recursos y la cantidad y variedad de destinos disponibles, además de la presencia de aceras y barreras reales o percibidas, lo que nosotros entenderemos como “caminabilidad”. Como tercer nivel incluye la seguridad percibida, y en cuarto nivel se encuentra la comodidad o confort, donde hacer referencia a las características de la configuración del espacio, el diseño orientado a la adaptación a condiciones climatológicas para permitir el mayor uso posible del recurso. Por último la dimensión del “placer”, entendido desde la perspectiva del atractivo, la complejidad y coherencia del lugar y su singularidad e identidad. (Alfonzo, 2005)



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

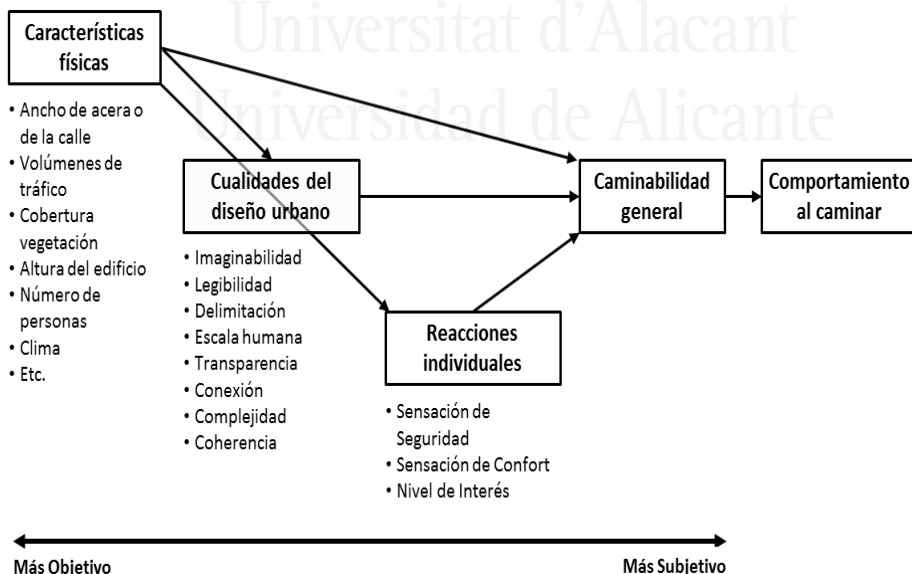
Figura 5.12: Jerarquía de las necesidades para caminar.



Fuente: Elaboración propia a partir de Alfonso MA. (2005) *To walk or not to walk? The hierarchy of walking needs.*

Según Ewing y Handy (2009), toda percepción juega un papel de mediador entre las características físicas del entorno (o recurso) y el comportamiento individual. Para estos autores, la actitud hacia una conducta es resultado de las sensaciones de confort, de seguridad y el nivel de interés, que reflejan cómo reacciona un individuo ante un lugar, y cómo percibe y evalúa sus características. En su trabajo, de las cincuenta y una cualidades perceptivas que identificaron como características de la conducta al caminar, los autores seleccionaron las ocho que tenían más importancia según la literatura: imaginabilidad, legibilidad, «escala humana», transparencia, complejidad, coherencia (Ewing y Handy, 2009) (ver figura 5.13).

**Figura 5.13: Marco conceptual de diseño urbano y caminabilidad.**



Fuente: Adaptado de "Measuring the unmeasurable: Urban design qualities related to walkability" (p. 67), por R. Ewing y S. Handy, 2009, *Journal of Urban Design*, 14(1).

Del mismo modo, Battista y Manaugh (2018) incluyen en la medición de la caminabilidad los factores de construcción o configuración, factores sociales como la seguridad, y los factores de “utilidad”. Lee-Ann, Giles-Corti y Turrell (2012) en un estudio transversal donde analizaron diversas dimensiones en diez mil habitantes de la ciudad de Brisbane (Australia), observaron que la “densidad” residencial, la “conectividad” en las calles y “la mezcla de uso” de la tierra, desempeñan un papel fundamental en la predicción de la “caminabilidad” (Wilson, Giles-Corti y Turrell, 2012).

Lo que parece indiscutible es la relación existente entre dimensiones como “proximidad-conectividad-caminabilidad”; si por ejemplo, un individuo no percibe, que un recurso está próximo por cuestiones de caminabilidad, igual sí lo puede percibir como un recurso con alta conectividad al estar cerca (a menos de 300m) de una o varias paradas de autobús o de metro/tranvía. Ahora bien, este recurso puede estar físicamente disponible para el usuario/consumidor, pero puede no resultar accesible económicamente (MITMA, 2012. p.15).

En este sentido, no son pocos los estudios que han observado que la percepción de la accesibilidad va más allá de la triada mencionada «proximidad-conectividad-caminabilidad». Penchansky y Thomas (1981) definieron el concepto de “acceso” como el grado de ajuste entre los usuarios y el sistema, y una medida resumen de esta triada de fenómenos estrechamente relacionados. Según los autores, el acceso incluye las dimensiones de disponibilidad (*availability*), accesibilidad (*accessibility*), comodidad (*accommodation*), asequibilidad (*affordability*), y aceptabilidad (*acceptability*). En la encuesta elaborada, la disponibilidad se analiza con cuestiones sobre el conocimiento de

información del recurso, la confianza que el usuario tiene en él, y la habilidad para encontrarlo; atributos que se relacionan y que incluiremos en nuestra lista de verificación dentro de la dimensión inteligibilidad. Por otro lado, la asequibilidad se analiza con cuestiones referidas al coste y al tiempo, atributos frecuentes de esta dimensión en otros estudios (Brondeel, Weill, Thomas y Chaix, 2014; Penchansky y Thomas, 1981). En el trabajo reciente de Wang y Shen (2015), encontraron que la accesibilidad debía incluir como atributos, conceptuales y de medición, las horas de operación u oportunidad de tiempo y el coste económico de acceso, así como la conveniencia de la ubicación. Y Galarraga *et al* (2018) afirman que no puede desvincularse de otros elementos más cualitativos que aportan calidad de vida y bienestar como el confort, la seguridad y el atractivo (Galarraga *et al.*, 2018). En este mismo sentido, otro trabajo especialmente interesante es el que realizan Yoo y Kim (2017) sobre el vecindario urbano en Corea. Ellos diferencian por un lado la dimensión “vida diaria” en la que incluyen las subcategorías de la capacidad en la movilidad, las oportunidades sociales y la diversidad de destinos; también la “accesibilidad multidimensional” física (proximidad, conectividad y caminabilidad), económica (rentabilidad o gratuidad), y psico-social (familiaridad y sentido de bienvenida); y por último el “atractivo” o la “comodidad” que se refieren al mantenimiento y la estética.

En el estudio de Valenzuela y Talavera (2015) sobre la movilidad peatonal encontraron que las dimensiones de la “visibilidad”, “inteligibilidad”, “integración” o “estructura” tenían muy poco peso en el análisis factorial (porcentajes cercanos al 0%), en comparación con dimensiones como la “distancia recorrido”, “conectividad” , “tipo de

calle” o “intersecciones”. Se explica que la diferencia puede deberse por un lado a la mayor especificidad de los primeros atributos, y por otro lado la razón de que las segundas son características más fácilmente reconocidas por los participantes a la hora de evaluar la caminabilidad. Entre los factores de valoración media están la “iluminación”, las condiciones de la acera, o la presencia de obstáculos. (Valenzuela-Montes y Talavera-García, 2015)

Un concepto ampliamente utilizado para referirse a la accesibilidad es el de «diseño universal»<sup>34</sup>. Como indica Kretzmann y Mcknight (1993) en la metodología de mapeo de activos y de capacitación de la comunidad, resulta esencial reconocer a aquellos que han sido marginados por ser pobres, por ser demasiado mayores o jóvenes, y aquellos que han sido etiquetados y marginados por su discapacidad. Llevar a cabo estrategias de planificación y construcción de espacios públicos, sistemas de transporte u otros activos bajo una mirada de diseño universal, permite mejorar el acceso al recurso e incrementar su uso por una población más amplia (Maass *et al.*, 2017). En el contexto de la discapacidad, la palabra accesibilidad se vuelve mucho más compleja y, bajo la lógica del diseño universal, un entorno accesible es un espacio en el que un individuo con cualquier discapacidad (física, perceptual –visual/auditiva-, cultural-lingüística o cognitiva) pueda desenvolverse de manera independiente (Iwarsson y Ståhl, 2003). Por otro lado, la 5ª Norma Uniforme de las Naciones

---

<sup>34</sup> El término «diseño universal» fue utilizado por primera vez en los EEUU por Ronald Lawrence Mace, para referirse a la configuración de los productos con características tales que puedan ser utilizados por todos en la mayor medida posible o aproximándose a las necesidades del máximo número posible de usuarios.

Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, establece que: “Los Estados deben reconocer la importancia general de la accesibilidad en el proceso de igualación de oportunidades en todas las esferas de la sociedad” (Iwarsson y Ståhl, 2003, p.58).

La diferencia entre accesibilidad y diseño universal gira entorno a los principios de democracia y equidad. El principio subyacente del denominado «diseño accesible» es el hecho de que hay dos tipos diferentes de poblaciones, la población normal y la población divergente de la normalidad, es decir, personas con discapacidad. Un término que a menudo se usa como sinónimo es el «diseño sin barreras», pero para muchas personas es igualmente percibido de manera negativa por sus estrechas conexiones con los problemas de accesibilidad. El resultado final en ambos casos es la segregación y la estigmatización. Por el contrario, el «diseño universal» se basa en el principio de que solo hay una población compuesta por individuos que representan diversas características y habilidades. Se asume, por tanto, una visión democrática, el «diseño para todos»: para niños, adultos y personas mayores, para hombres y mujeres, para personas de diferentes nacionalidades, etc. (Iwarsson y Ståhl, 2003)

Corraliza (2001) indicaban que todo recurso espacial debía ser objeto de atención sobre cuestiones que comprendan el diseño socio-físico del espacio, su mantenimiento y la satisfacción estética. Considerando las diferentes propiedades planteadas desde un continuum dicotómico: la propiedad de la coherencia-complejidad, misterio-legibilidad, identidad visual-familiaridad.

Otras dimensiones que aparecen relacionadas por una amplia literatura son la seguridad con la comodidad y la imaginabilidad del lugar, considerando que un espacio seguro, mantenido, limpio, y “sittable” (entendido como confort de estancia), es un espacio más cómodo. Además de la comodidad, en el *Project for Public Space* se incide en la importancia de la sociabilidad, como la cuarta y más importante dimensión, que resulta relacionada con la diversidad, la cooperación o los espacios acogedores y amigables (Project for Public Spaces, 2004). Según el documento *Placemaking*, la configuración y el uso de los espacios públicos permitirán la sostenibilidad de los mismos. “Cuando no hay nada interesante que hacer, un recurso se quedará vacío”. Los elementos y sus cualidades para y por la usabilidad de un recurso suponen un atributo clave en su “configuración” y en su valoración dentro del territorio (Project for Public Spaces, 2004). Canter (1983, como se citó en Aiello, Ardone y Scopelliti, 2010, p.265) ya incluía en la evaluación del vecindario estas características espaciales (p.ej. características arquitectónicas, la estética, tamaño, accesibilidad interna y disponibilidad de zonas verdes), características humanas (p.ej. la sociabilidad, la seguridad percibida y el trato o la cortesía, la amigabilidad) y también las funcionales (p.ej. servicios e instalaciones referidos particularmente a cada tipo de recurso). Bonaiuto *et al.* (1999, como se citó en Aiello *et al.*, 2010, p.265) confirmaron empíricamente una cuarta dimensión: características del contexto, relacionadas con la coherencia del espacio, la contaminación y sostenibilidad, y el mantenimiento.

El valor intrínseco o indirecto se relaciona con la dimensión de “apropiabilidad” de nuestra lista de verificación, y el valor de futuro con



la dimensión de “durabilidad”. Brown (2006), en su herramienta de análisis de los recursos de ocio, diferencia por un lado el valor intrínseco, es decir, la importancia otorgada al recurso por el propio hecho de existir sin importar como use o lo que se piense de él, y por otro lado, su valor de futuro, lo que otros estudios entienden como mantenimiento del recurso para el disfrute de futuras generaciones. Además, también incluye los constructos valor patrimonial y valor espiritual.

Otra dimensión que podemos observar más cerca de la esquina inferior derecha es el de “sostenibilidad” del recurso. Una dimensión con la que hemos querido incluir en la presente lista de verificación conceptos que se refieren al mantenimiento y la durabilidad del recurso en el tiempo, ya sea por su viabilidad técnica y económica, como por su organización orientada a la ecología social y ambiental o por la centralidad en su territorio como resultado de la cooperación y sociabilidad que desarrolla en él. El fin último de todos estos constructos es orientar el recurso en su permanencia a lo largo del plazo dentro de un contexto cambiante.

## 1. UTILIDAD

En apartados anteriores se han explicado las tres dimensiones que conforman el Sentido de Coherencia de Antonovsky para medir la resiliencia del individuo y su capacidad de afrontamiento del exterior o nuevos retos de la vida. Según este autor, la significatividad es considerada la dimensión más importante a partir de la cual las demandas son percibidas como dignas de compromiso y de consumo de energía personal para buscar los recursos disponibles más adecuados a dichas necesidades.

Bajo la interpretación de que un recurso sea significativo para el individuo o la comunidad, está la condición de “utilidad”, conceptos directamente relacionados; es decir, un recurso es significativo cuando resulta útil. Desde la perspectiva salutogénica y la definición de activos para la salud que hacen Morgan y Ziglio al entender “cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar y ayudar a reducir las inequidades en salud” (Morgan y Ziglio, 2007), es necesario que los activos tengan la condición de “útil para la salud”.

Bajo esta premisa y a partir de ahora, solamente nos referiremos como “activos para la salud” a todos aquellos recursos que cumplan una “finalidad” directa o indirecta con la salud o bienestar.

Dentro de los factores externos al recurso, la utilidad es la primera dimensión que se puede valorar, en referencia a la capacidad del recurso para resolver las necesidades o demandas de la comunidad. (Nase *et al.*, 2015)

Ahora bien, la utilidad no es una dimensión inherente o propia del recurso, sino que tiene carácter subjetivo dado que variará en función de las necesidades, valores y cultura de los individuos y la comunidad.

Esto quiere decir que es perfectamente posible que los individuos puedan considerar como recursos útiles aquellos que satisfacen alguna necesidad personal pero, a la vez, que se haya demostrado empíricamente que a medio o largo plazo pueden contribuir a un deterioro de la calidad de la salud. Este es el caso, por ejemplo, de los estancos, que incluso en una situación de restricción de la actividad económica durante la pandemia de la COVID-19, fueron considerados establecimientos de primera necesidad.

Para cambiar o acrecentar la utilidad o valor de un recurso podría ser suficiente con ampliar o modificar sus características para mejorar su función/es, servicio/s adecuándolas a las necesidades o demandas sociales (vecindario, barrio o comunidad).

Las necesidades de los individuos son numerosas y muy diversas. Referencias indiscutibles en el ámbito enfermero son las clasificaciones por los patrones funcionales de Marjory Gordon, o las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. Como afirma Henderson, estas necesidades son comunes a todas las personas, aunque cada cultura y cada individuo las interpreten y las exprese de una forma diferente (Henderson, 1964). Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano (Álvarez, del Castillo, Fernández y Muñoz, 2010).

De la misma manera que los patrones funcionales de Gordon orientan el diagnóstico enfermero para la planificación de los cuidados, también pueden orientar un primer análisis de la utilidad de los activos de salud.

- Patrón 1: Percepción – manejo de salud
- Patrón 2: Nutricional – metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad – ejercicio
- Patrón 5: Sueño – descanso
- Patrón 6: Cognitivo – perceptivo
- Patrón 7: Auto percepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol – relaciones
- Patrón 9: Sexualidad y reproducción
- Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores – creencias

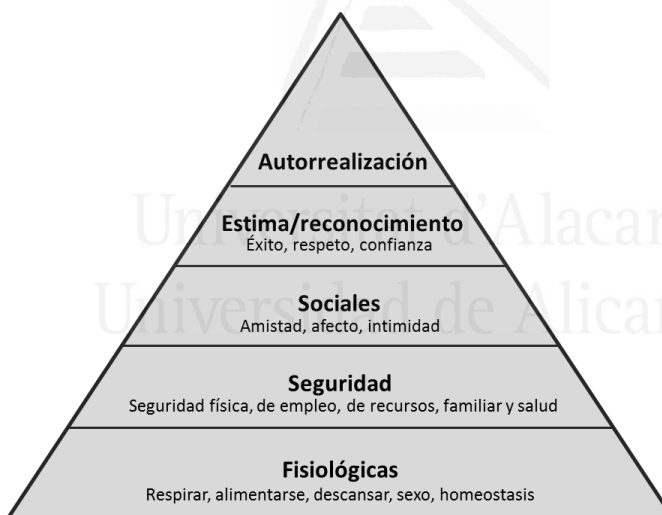
A partir del momento en el que el individuo siente una necesidad, surge el interés por resolverla. La motivación es definida por varios autores como el impulso interno del individuo que le empuja a actuar y que se origina como consecuencia de una necesidad no satisfecha (Morales, 2019).

A este respecto, resulta muy interesante el modelo de la jerarquía de las necesidades o motivaciones humanas de Abraham Maslow. Este modelo, también conocido como la “Pirámide de Maslow” es presentado en su artículo *A Theory of Human Motivation* publicado en 1943. Como psicólogo humanista, Maslow refiere que el comportamiento humano está motivado por la búsqueda de satisfacer los distintos tipos de necesidades que conducen a nuestra salud y bienestar. Ahora bien, no todas las necesidades se manifiestan simultáneamente sino que se muestran siguiendo una “jerarquía de prepotencia” según la importancia de estas diferentes necesidades de

manera que, conforme se satisfacen las más básicas, los seres humanos se plantean las demandas o deseos de un nivel superior hacia la cúspide de la pirámide. (Maslow, 1943)

Las cinco categorías de necesidades que propone Maslow, a las que se pueden vincular las clasificaciones propuestas por Henderson y Gordon, son: las necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad, las necesidades sociales (donde se recogen: necesidades afecto y pertenencia o de afiliación), las necesidades de autoestima o de reconocimiento, y finalmente las de autorrealización (figura 5.14).

**Figura 5.14: Pirámide de las necesidades de Abraham Maslow.**



Fuente: Adaptado de "A theory of human motivation", por A.H. Maslow, 1943, *Psychological Review*, 50(4).

Como señala este autor, “ninguna necesidad o motivación se puede tratar de forma aislada, sino relacionada con el estado de satisfacción o insatisfacción de otras” y, en el hipotético caso de que a un ser humano le faltase de todo, “lo más probable es que la principal motivación sean las necesidades fisiológicas más que cualquier otra”. Para Maslow, parece “imposible e inútil hacer una lista de las necesidades fisiológicas fundamentales, ya que pueden llegar a casi cualquier número que uno desee, dependiendo del grado de especificidad de la descripción”. Acerca de las necesidades de seguridad, Maslow destaca las características de lo predecible y ordenado, y la preferencia por lo conocido y lo que resulta familiar. En el siguiente nivel, están las necesidades sociales, de amor, afecto y pertenencia. La autoestima está relacionada por un lado con el sentimiento de autoconfianza, fortaleza y consecución de logros, y por otro lado, con la reputación y/o el prestigio. Finalmente, el deseo y la capacidad de autorrealización es reflejo de la libertad (de saber, de buscar información, de comprender...), de la justicia y la equidad. (Maslow, 1943, p.371)

Esta clasificación supone un intento de considerar la unidad relativa o universalidad de las necesidades, más allá de las diferencias superficiales basadas en los deseos específicos conscientes de cultura a cultura (Maslow, 1943, p.389). La proposición de Maslow sobre necesidades jerarquizadas puede ser asumida, sin que ello implique que todos los individuos compartan una idéntica relación jerárquica y valoren del mismo modo una necesidad concreta.

Cualquiera de las necesidades descritas por Maslow, Henderson o Gordon, deben ser el fin último de un recurso considerado como

“activo para la salud”; a saber: recursos que contribuyan directamente al mantenimiento o mejora de la salud (hospitales, centros de salud, clínicas...), recursos que proporcionen servicios para necesidades básicas como la alimentación (mercados, tiendas de comestibles, restaurantes,...), el sueño o descanso (centros de acogida, hostales, parques,...) y otras gestiones básicas de la vida diaria (administración, bancos,...), o recursos orientados a la actividad y el ejercicio (polideportivos, gimnasios, parques, canchas,...) y al ocio o entretenimiento (teatros, cines, centros comerciales y mercados, centros de danza o teatro, pintura...); también recursos orientados a la seguridad en la comunidad (comisarías, estación de bomberos,...), los que contribuyen a la cohesión social por medio de la identidad y la participación (recursos históricos, centros culturales y museos, espacios multiusos, asociaciones de vecinos, asociaciones culturales...), o fomentando determinados valores y creencias (asociaciones y espacios religiosos,...); y por último, los recursos que proporcionan a la comunidad la capacidad de autorrealización, de saber y formarse (colegios y universidades, academias, centros de danza o teatro, pintura...).

En consecuencia, para valorar el concepto de “utilidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- El recurso satisface directa o indirectamente las siguientes necesidades:
  - manejo de la salud
  - alimentación
  - sueño-descanso
  - actividad-ejercicio
  - ocio-entretenimiento
  - seguridad
  - relaciones sociales
  - valores y creencias
  - autorrealización
- El recurso es importante para la salud o bienestar personal.
- El recurso contribuye al mantenimiento o mejora de la salud o bienestar de la comunidad (familia y terceras personas).

Una teoría de la motivación, no es sinónimo de teoría del comportamiento. Maslow explica que las necesidades no son determinantes exclusivos o únicos de la conducta y, si bien el comportamiento casi siempre está motivado, también está casi siempre determinado biológico, cultural y situacionalmente. (Maslow, 1943, p.371)

Se puede asumir que la utilidad del recurso motiva la conducta del individuo hacia la intención de su uso. La “Teoría del Comportamiento Planificado” (o TPB por sus siglas en inglés) permite comprender cómo interactúan las dimensiones que contribuyen en el proceso de comportamiento de cualquier individuo, y particularmente en la cadena de decisión de utilizar un recurso. En este punto volvemos a mirar hacia el grupo de factores externos al recurso, como propios del



individuo o la comunidad. Hablamos de la “**actitud**”, la “**uso anterior**” y la “**accesibilidad percibida**”, como antecedentes de la “**intención**” de conducta, y todas ellas dimensiones fundamentales en la valoración de activos (Ajzen, 1991).

Esta teoría es una extensión de la llamada “Teoría de la Acción Razonada” (TRA), originalmente diseñada por el mismo autor junto con su compañero Martin Fishbein (1975), para predecir y explicar la intención de una persona de realizar una conducta como resultado de un proceso deliberativo. Es por esto, que la TRA se entiende como un modelo de toma de decisiones racional orientada a explicar las conductas volitivas. Pero es importante puntualizar, como indican Wang, Brown, Liu y Mateo-Babiano (2015), que no todos los comportamientos humanos se llevan a cabo conscientemente, y así por ejemplo, los comportamientos rutinarios no se deben necesariamente a un proceso consciente de toma de decisiones. Ambas teorías son las más utilizadas en numerosas disciplinas como la psicología social, en *marketing* e incluso en la investigación ambiental. (Fishbein y Ajzen, 1975; Rossi y Armstrong, 1999; Wang *et al.*, 2015)

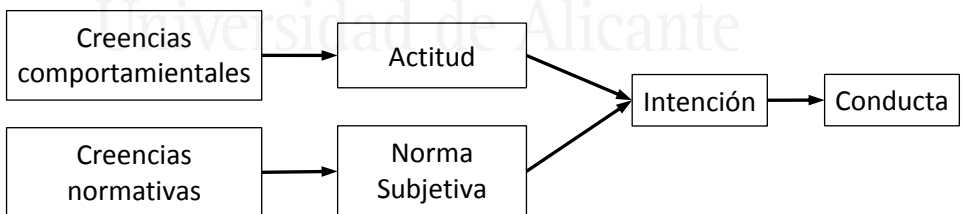
Estos modelos son propuestos en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud como principios metodológicos para la planificación efectiva de intervenciones de promoción de la salud (MSSSI, 2014).

## 2. INTENCIÓN

Algunos autores sostienen que las intenciones tienen una relación particular con los deseos del individuo, de tal manera que, una vez que uno es consciente de una necesidad y acepta el deseo de actuar para satisfacerla, esto le motivará a formar una intención de comportamiento. (Lam y Hsu, 2004; Perugini y Bagozzi, 2001)

De acuerdo con la Teoría de la Acción Razonada, la intención es el principal motivador de la conducta, y se entiende como una función de dos constructos independientes: la “norma subjetiva” (SN) y las “actitudes” (ATT) (Fishbein y Ajzen, 1975; Wang *et al.*, 2015). Como se ve en Van Kamp *et al.* (2003), la calidad ambiental es un tema complejo en el que se involucran percepciones subjetivas, actitudes y valores que varían entre grupos e individuos. (figura 5.15)

**Figura 5.15: Esquema de la Teoría de la Acción Razonada (TRA).**



Fuente: adaptado de “Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research”. En *Flujo y comportamiento del consumidor en los supermercados en línea* (p.18), por D. Morales, 2019, Universitat Oberta de Catalunya.

La **norma subjetiva** se define como el grado en el que un individuo percibe presión social de su entorno próximo respecto a la idoneidad de llevar a cabo, o no, un comportamiento determinado. La norma subjetiva subyacente son las creencias normativas propias de una cultura y un contexto determinado, y ésta a su vez está constituida según Terry Lam y Cathy Hsu (2004) por dos constructos combinados, la presión social de los referentes y la motivación para cumplir con ellos. En Wang *et al.* (2015) miden la variable SN por medio de una escala de Likert-5 desde “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo” para las siguientes afirmaciones: (a) *Mi familia y cercanos elegirían ese recurso como un lugar para pasar el tiempo libre;* (b) *Mis amigos elegirían ese recurso como un lugar para pasar el tiempo libre;* (c) *Las personas que son importantes para mí fomentarán el uso de ese recurso* (p.88). (Lam y Hsu, 2004)

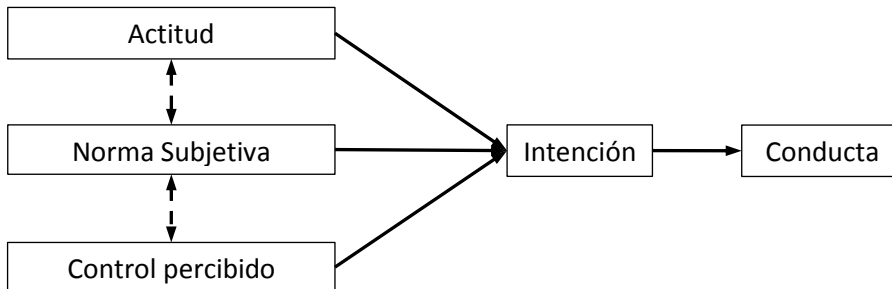
La **actitud**, se refiere a la forma en que la persona se posiciona ante una conducta determinada. Según Ashley Rossi y James Armstrong (1999), la actitud es “la disposición o evaluación general de un individuo hacia los posibles resultados de un acto específico”. Krech *et al.* (1972, como se citó en Morales, 2019) detallan que la actitud es la evaluación cognoscitiva duradera de una persona (de tipo positivo o negativo), sus sentimientos y las tendencias de acción hacia un objeto o idea (Rossi y Armstrong, 1999; Wang *et al.*, 2015). Esta valoración cognoscitiva es resultante de dos factores: las creencias respecto a la probabilidad del resultado (si es probable o no) y la evaluación de estas consecuencias (si es positivo o negativo) (Lam y Hsu, 2004). Según la teoría del aprendizaje social, los resultados del comportamiento y las percepciones basadas en estos resultados dependen de las expectativas generalizadas y del valor

del resultado (Furnham y Steele, 1993). Cuanto más positiva sea la actitud hacia una acción, más probable será la conducta.

En consecuencia, cuanto más positiva sea la actitud y mayor su coherencia con las normas subjetivas, más fuerte será la intención y ello motivará un mayor esfuerzo para llevar a cabo la actividad o el comportamiento.

Ahora bien, el comportamiento real puede discrepar del comportamiento intencionado, en la medida en que el individuo no posea un control suficiente sobre las distintas variables que lo condicionan. Esta nueva idea es asumida por la “Teoría del Comportamiento Planificado” (TPB) que añadió Ajzen para abordar la insuficiencia de la Teoría de la Acción Razonada al explicar conductas que no están bajo un control volitivo completo (Ajzen, 1991). El autor incorpora un constructo adicional a la actitud y la norma subjetiva denominado “Control de Comportamiento Percibido” (PBC) y que hace referencia a la facilidad o dificultad que el individuo tiene para realizar la conducta intencionada. La motivación de los individuos será mayor cuando perciban que su comportamiento puede conducir al éxito. Esta percepción de control va a depender por un lado, del grado de dificultad o la creencia de que esta se puede superar, y por otro lado, de la percepción de control interno frente a la influencia de factores externos. Esta propuesta de Azjen parece estar relacionada con el de Locus de Control de Rotter y el concepto de manejabilidad de Antonovsky -al que haremos referencia más adelante- (figura 5.16).

**Figura 5.16: Esquema de la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB)**



Fuente: Adaptado de "The theory of planned behavior" (p. 182), por I. Ajzen, 1991, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50.

La intención de la conducta queda definida a partir de tres aspectos: una acción (p.ej. conseguir, utilizar,...), un objetivo o propósito de la acción (p.ej. conseguir una mamografía, utilizar un recurso,...), y un contexto o espacio temporal (p.ej. en el próximo mes → utilizar un recurso en el próximo mes). Esta estrategia es utilizada en el estudio de Perugini y Bagozzi (2001), donde pasaron un cuestionario a estudiantes universitarios con la siguiente consulta: *"Estoy planeando usar [una recurso o actividad] durante las próximas cuatro semanas"*, seguido de siete alternativas de respuesta tipo Likert desde "muy improbable" a "muy probable".

Como ya se ha indicado, la motivación o deseo es un determinante previo a las intenciones y cuanto más fuertes sean estas, más probable es que una persona adopte la conducta, como por ejemplo utilizar un parque (Ajzen, 1991). Así lo conciben tanto las teorías TRA y TPB como el modelo «*Goal-directed Behaviour*» (MGB) o "Modelo del Comportamiento dirigido a Objetivos" de Perugini y Bagozzi (2001), quienes en el estudio anteriormente referido miden la

motivación como: “*Mi deseo de [usar un recurso o actividad] en las próximas cuatro semanas*”, seguido de siete alternativas de respuesta tipo Likert desde “no deseo” a “deseo muy fuerte”. (Lam y Hsu, 2004)

En consecuencia, para valorar el concepto de “intención” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- La gente que es importante para mi (familiares y amigos) aprueban que haga uso del recurso.
- Hacer uso del recurso está en consonancia con las normas sociales.
- Creo que hacer uso del recurso en las próximas cuatro semanas me resultará:
  - útil / inútil
  - eficaz / ineficaz
  - ventajoso / perjudicial
  - inteligente / estúpido
  - agradable / desagradable
- Hacer uso del recurso conducirá al resultado esperado.
- Tengo intención de hacer uso del recurso:
  - en la próxima semana
  - en el próximo mes
  - en los próximos meses

### 3. USO ANTERIOR

Un déficit de la Teoría del Comportamiento Planificado, es que en la predicción del comportamiento futuro ignora la influencia del comportamiento pasado. Ajzen (1991) considera que el Control de Comportamiento Percibido ya recoge el efecto residual de conductas anteriores, si bien reconoce que “el comportamiento pasado puede ser utilizado para testar la suficiencia de cualquier modelo diseñado para predecir el comportamiento futuro” (p.202). Además, diversos estudios también han indicado que la inclusión de una variable de comportamiento de “uso anterior” en la teoría TPB mejoró la capacidad predictiva del modelo (Lam y Hsu, 2004; Perugini y Bagozzi, 2001, p.84).

Un meta-análisis donde se examinaron sesenta y cuatro estudios, encontró que la frecuencia del comportamiento del pasado afectó directamente a las intenciones de uso relacionadas con comportamientos futuros. Perugini y Bagozzi (2001) puntualizan que esta situación ocurre cuando los comportamientos repetidos se dan en contextos o entornos similares/constantes, siendo indicador confiable de la fuerza del hábito.

Aplicado al terreno de los activos, es comprensible afirmar que la frecuencia con la que se ha usado anteriormente un recurso, puede ser un *proxy* de experiencias positivas que estimulen una valoración o actitud favorable hacia ese servicio o recurso (Lam y Hsu, 2004; Wang *et al.*, 2015). En la investigación de Wang *et al.* (2015) donde analizan el uso y la accesibilidad a los parques en relación con las actitudes, los autores midieron como variables influyentes de la conducta, la accesibilidad percibida, el uso pasado (que es medido en «tiempo/veces al mes» de uso del recurso) y el control del comportamiento percibido

(en su doble componente: control de tiempo u oportunidad, y el control del esfuerzo personal).

Siguiendo la afirmación de los comportamientos rutinarios, en el Modelo del Comportamiento dirigido a Objetivos, Perugini y Bagozzi (2001) decidieron dividir los efectos de la conducta del pasado en efectos de frecuencia (número de veces que un recurso se ha utilizado en el pasado) y efectos de actualidad (si el uso anterior es reciente o lejano). Para medir las emociones anticipadas realizaron un trabajo empírico, donde medían el uso anterior a través de la siguiente pregunta: *¿Con qué frecuencia usó [un recurso o actividad] durante el último año?* seguido de siete alternativas de respuesta tipo Likert desde "nunca" a "muchas veces". (Perugini y Bagozzi, 2001)

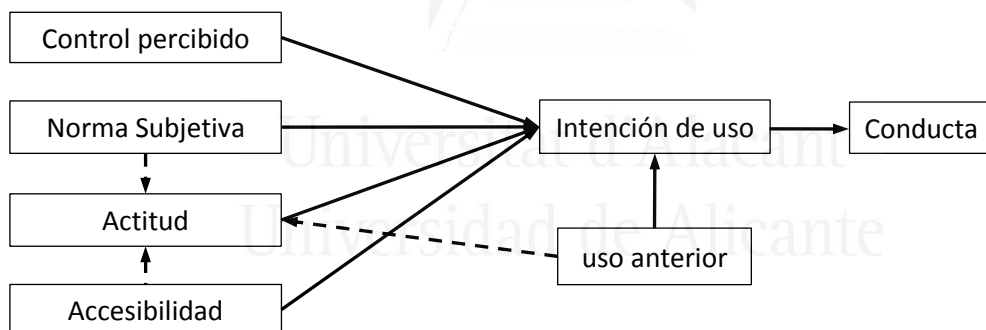
En consecuencia, para valorar el concepto de "uso anterior" se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- El recurso se ha utilizado en otras ocasiones anteriores:
  - hace una semana
  - hace un mes
  - hace más de un mes
- El recurso se utiliza de forma periódica.



Además de las variables hasta ahora contempladas como predictoras de la intención de uso. También Wang *et al.* (2015) y otros autores (Letts, Rigby y Stewart, 2003, como se citó en Park, 2016, p.2), incorporan el concepto de la “accesibilidad percibida”. El propio Azjen (1991) indica que la Teoría del Comportamiento Planificado es un modelo que está abierto a modificaciones cuyas variables de base pueden reorganizarse y ampliarse para satisfacer las necesidades de investigación. En consecuencia, en la figura 5.17 se presenta un modelo explicativo del comportamiento planificado ampliado a partir de la propuesta inicial de Azjen.

**Figura 5.17: Modelo de la TPB adaptado al uso del parque como recurso.**



Fuente: Adaptado de “A comparison of perceived and geographic access to predict urban park use” (p. 91), por D. Wang *et al.*, 2015, *Cities*, 42.

Como se puede observar en el modelo, se ha incorporado la accesibilidad percibida como un elemento condicionante de la intención de uso de un recurso.

Distintos autores, han intentado establecer una definición conceptual y una medición fidedigna de la accesibilidad, aunque es observable la falta de consenso. Algunos argumentan que los únicos expertos en temas de accesibilidad son los propios usuarios, destacando el aspecto subjetivo de la accesibilidad (Iwarsson y Ståhl, 2003; Park, 2016). Gould (1969, como se citó en Pirie, 1979, p.300) habla de la lamentable ignorancia que rodea el uso del término accesibilidad: "[...] es una noción resbaladiza,... uno de esos términos comunes que todos usan hasta que se enfrentan con el problema de definirlo y medirlo" (p.64). Puede ser que todas las personas entiendan lo mismo por accesibilidad y simplemente juzguen que pueda definirse de varias maneras, o también, que deba medirse de un mismo modo, dadas las limitaciones de los datos y las peculiaridades del problema.

Si bien, la gran mayoría de estudios se refieren a la accesibilidad como sinónimo de proximidad o disponibilidad, se trata de una interpretación no adecuada conceptualmente ni desde el punto de vista práctico (Park, 2016). Son numerosos los estudios que revelan inconsistencias entre dichas mediciones geográficas según estándares cuantitativos, y la interpretación subjetiva de la accesibilidad (Wang *et al.*, 2015). Otros estudios en la misma línea, afirman que la accesibilidad percibida es un predictor más confiable del uso de los recursos que la accesibilidad medida en términos objetivos (Park, 2016; Wang *et al.*, 2015). Siendo observable la complejidad de este concepto, queda mucho trabajo aún por hacer en lo que respecta a su medición y a la relación entre los estándares de accesibilidad y el uso de los recursos. Anderson (1971, como se citó en Pirie, 1979, p.299) manifestó que se sabe muy poco acerca de los niveles críticos o el «umbral» de

accesibilidad (mínimo-máximo, objetivo-percibido) y acerca de la importancia relativa de los aspectos sociales y espaciales.

Hablar de accesibilidad percibida implica considerarla como una propiedad del individuo respecto al recurso y el entorno. Si fuese propiedad exclusiva del entorno, implicaría suponer que: (1) la accesibilidad es un hecho inmutable, salvo a largo plazo cuando la ubicación, características o servicios pueden cambiar; y que (2) siempre existe un cierto grado de acceso a todos los lugares sin entrar a valorar el factor espacio-tiempo del individuo. Pirie (1979) manifestaba su inquietud de dar una medición de accesibilidad sensible al comportamiento adaptativo, al hecho de que "la accesibilidad siempre se crea y no es algo que se tenga en virtud del lugar" (p.307). Hagertrand (1970, como se citó en Wu y Miller, 2001, p.3) ya incluía en lo que define como "Prisma Espacio-Tiempo de la accesibilidad" los constructos, espacial y temporal. De esta manera, pretendía evaluar la medida en la cual los recursos están disponibles y los servicios son prestados sin barreras que dificulten el acceso -constructo espacial- en el momento en el cual son requeridos por el usuario -constructo temporal- (Wu y Miller, 2001). En el campo de la planificación del tráfico, la accesibilidad a menudo se define como "el tiempo necesario o la distancia a diferentes actividades o destinos en la sociedad para una población en cuestión" (Iwarsson y Ståhl, 2003, p.58).

Algunos académicos definen el acceso desde la evaluación de las oportunidades, sobre el tiempo y espacio, para el acceso, para la interacción o para participar en actividades (Pirie, 1979; Wang *et al.*, 2015). Hensher y Stopher (1977, como se citó en Pirie, 1979, p.306) definieron la accesibilidad como: "una propiedad de las personas, las

oportunidades y el espacio, independientemente de los viajes realmente realizados" (p.321). Moseley (1979, como se citó en Geertman y Ritsema, 1995, p.69) hace una definición sobre la accesibilidad de transporte, donde incluye algunos de los aspectos relacionados con las necesidades y circunstancias individuales: la accesibilidad es la capacidad de controlar las instalaciones de transporte que son necesarias para llegar a las ubicaciones deseadas en los momentos adecuados, y añade, dependiendo de la movilidad de una persona y de las oportunidades que pueden presentarse.

Geertman y Ritsema (1995) y Wu y Miller (2001) se interesan por las medidas de accesibilidad para sistemas de información geográfica, que estuvieran enfocadas en el equilibrio entre el atractivo de las diferentes oportunidades, y el costo (económico y/o de tiempo) generado de obtener estas alternativas.

Un intento de transformar esta medida compleja de la accesibilidad percibida a una valoración numérica, es el estudio de Abel y Faust (2018). En ese trabajo, donde analizan por medio de estos sistemas, SIG, el acceso a alimentos saludables y asequibles en los llamados desiertos alimentarios<sup>35</sup>, los autores establecen una ecuación de accesibilidad percibida donde se incluye: la medición de la distancia física, la medición de las oportunidades según la probabilidad de que

---

<sup>35</sup> "Desierto alimentario": Abel y Faust (2018) consideran desierto alimentario las áreas donde más del 33% de la población se encuentra a una distancia mayor de una milla (kilómetro y medio) de un recurso de alimentación saludable.

Ecuación de accesibilidad percibida:  $[Max (1/D \times Wd + P \times Wp)]$ ; donde "D" es la distancia en metros, P es la probabilidad de que la tienda disponga de alimentos saludables, y donde "Wd" y "Wp" son el peso relativo (o la importancia) para el individuo de la distancia y la disponibilidad, respectivamente.

una ellas satisfaga la necesidad del individuo (en este caso, que la tienda o supermercado tenga alimentos saludables) y la importancia que el individuo da a estas dos variables.

Sobre la accesibilidad al sistema sanitario, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2014) hace referencia al modelo cobertura efectiva de Tanahashi quien subdivide la accesibilidad en: la física (proximidad, conectividad y transporte) la organizativa (horarios, información, accesibilidad lingüística) y la financiera (costes -del transporte y otros gastos-). Esta clasificación está relacionada con nuestra lista de verificación, en la que consideramos, por un lado la “**accesibilidad física**” que a su vez incluye las categorías de proximidad, de caminabilidad y de conectividad; por otro lado la dimensión de “**inteligibilidad**” donde nos referimos a la comprensión del recurso, la transparencia y la información accesible (accesibilidad web); y finalmente la “**asequibilidad**” con la que ampliamos el concepto a las posibilidades del individuo no solo según su capacidad económica, sino también de oportunidad de tiempo y otras circunstancias individuales.

Iniciamos la explicación de estos conceptos con el término de asequibilidad, que comporta una interpretación de la accesibilidad más próxima a la percepción del individuo. Posteriormente desarrollaremos los constructos de accesibilidad física y comprensibilidad porque, si bien al final son siempre interpretados por el sujeto, son factores más objetivamente medibles desde la lógica interna del recurso. Esto último ocurre en otras dimensiones que más adelante explicaremos.

#### 4. ASEQUIBILIDAD

La Real Academia Española (RAE) entiende “asequible” como todo aquello que puede conseguirse o alcanzarse. Ello presupone que el individuo reúne las condiciones personales que le dan la oportunidad de disponer o utilizar el recurso.

Según la Teoría del Comportamiento Planificado, cuando hay una oportunidad de actuar, la intención se traduce en comportamiento (Lam y Hsu, 2004).

Wu y Miller (2001) definen las “oportunidades factibles” (FOS, por sus siglas en inglés) como el conjunto de oportunidades disponibles para un individuo en función de las limitaciones tanto temporales como cognitivas. Y esta definición podría ser ampliable a otras circunstancias individuales fisiológicas e incluso socio-económicas, que en ocasiones inhiben la percepción de manejabilidad de los recursos. Así mismo, en una revisión sistemática de la literatura sobre los componentes que influyen en la utilización de los parques, se describen las dimensiones individuales y socioeconómicas como moderadores de la relación causal entre la accesibilidad física y la percepción de utilidad. (Park, 2016)

Se puede interpretar entonces que, en primer lugar la asequibilidad se expresará según la adecuación de las particularidades o **“circunstancias individuales”** a la accesibilidad física de un recurso en una comunidad. Entre estas circunstancias podemos señalar, la salud individual (no es la misma percepción de accesibilidad para una persona con discapacidad física que sin ella), la edad, las habilidades o aptitudes, y el nivel socioeconómico (la percepción de accesibilidad económica o asequibilidad del recurso es dependiente de la renta del individuo). Sen y Nussbaum, en Aviñó (2017) hablan de «capacidades internas»

refiriéndose a “los rasgos de personalidad, capacidades intelectuales y emocionales, estado de salud y forma física, aprendizajes interiorizados, habilidades de percepción y movimiento” de las personas (Aviñó, 2017). Williams *et al.* (2010) indican que comprender tales circunstancias particulares es fundamental para el desarrollo de una estrategia de construcción de activos centrada en la familia y basada en la comunidad. (Brondeel *et al.*, 2014; Cutts *et al.*, 2016; Stokols, Grzywacz, McMahan y Phillips, 2003)

Además de las circunstancias individuales mencionadas, a la hora de hablar la asequibilidad y particularmente de las oportunidades de uso, hay que valorar el factor tiempo (“**oportunidad de tiempo**”). Esto significa que la accesibilidad percibida según la particularidad individual, por sí sola no determina la utilización del recurso, si no hay tiempo disponible para ello. Kitamura, Akiyama, Yamamoto y Golob (2001) distinguen estos aspectos y puntualizan que la oportunidad de tiempo está más asociada con la participación que con la accesibilidad propiamente dicha.

Finalmente, la disponibilidad de tiempo para acceder a un recurso nos introduce en el concepto del “coste de oportunidad”. Dada la limitación en la disponibilidad de medios económicos y tiempo por parte de todo individuo, y la ilimitada relación de necesidades que debe satisfacer, surge la obligación de elegir entre las diferentes alternativas, teniendo que comparar para ello los costes y beneficios de cada opción.

En economía se habla de coste de oportunidad al beneficio al que se renuncia por no utilizar un recurso en su alternativa más rentable. Con otras palabras, se podría entender aquello a lo que un individuo, su familia o la comunidad renuncian al elegir otra alternativa.

Según Pirie (1979), el fallo de las mediciones convencionales de accesibilidad radica en la concepción de la accesibilidad como algo inherente al entorno construido. Mientras que los índices convencionales miden la accesibilidad en términos de costes directos, a veces sopesada con la recompensa en el destino, se propone que la accesibilidad percibida sea analizada en términos relativos de costes de oportunidad, es decir, las alternativas momentáneamente perdidas al elegir el uso de un recurso. Como matiza Pirie, que la definición se base en el término económico de coste de oportunidad no supone que siempre haya que escoger la alternativa que resulte más ventajosa. Estos costes podrían expresarse en relación con el coste económico, la gravedad de la necesidad, el tiempo y esfuerzo requeridos, la conexión, etc... Pirie (1979) defiende esta medida de accesibilidad por ser “capaz de distinguir los lugares accesibles entre sí en función de los costes que implica darles ese estado” (p.308).

Un aspecto relevante de la asequibilidad es la que atañe a la **accesibilidad económica**, ya que también es definida como aquello que puede comprarse o pagarse.

Percibiremos un recurso como activo también en función del coste que individualmente nos suponga acceder y hacer uso de él o participar en sus actividades. Hacer uso del recurso, de sus servicios o actividades, en primer lugar puede ser a coste cero, como es el caso por ejemplo de los espacios públicos abiertos (como parques, plazas, espacios naturales,...), o sin embargo, puede suponer el pago de una cantidad menor de carácter simbólico, o puede implicar el desembolso de una cuantía mayor (Jakes *et al.*, 2015; Yoo y Kim, 2017). Por otro lado, la proximidad del recurso está inversamente relacionada con el coste de



acceso, siendo menor cuanto más cercano se encuentre, e incluso puede no haber coste económico si se encuentra suficientemente próximo para el desplazamiento a pie. Todo ello, puede implicar una barrera económica para quienes no puedan permitírselo o no lo consideren oportuno, teniendo en cuenta el esfuerzo económico que deban realizar en relación al nivel de beneficio que perciban recibir con su utilización, considerando siempre otras alternativas sustitutivas. Yoo y Kim (2017) entienden esta como la percepción individual de si «vale la pena el coste». Cuantiosos estudios manifiestan la importancia de la variable económica en la percepción de la accesibilidad, con especial atención al acceso a una alimentación saludable (Abel y Faust, 2018; Díez *et al.*, 2017; Hu, Acosta, McDaniel y Gittelsohn, 2013; Walker, Keane y Burke, 2010).

En consecuencia, para valorar el concepto de “asequibilidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- Estoy capacitado/a física, intelectual y emocionalmente para hacer uso del recurso, o participar en la actividad.
- Dispongo del tiempo necesario para acceder y hacer uso adecuadamente del recurso y/o participar en la actividad, sin que ello suponga renunciar a otras alternativas más importantes.
- Hacer uso del recurso, participar en las actividades o disfrutar de los servicios, no tiene coste económico.
- Dispongo de los medios económicos necesarios para acceder y hacer uso adecuadamente del recurso y/o participar en la actividad, sin que ello suponga renunciar a otras alternativas más importantes.

Se ha dicho que la accesibilidad es un término conceptualmente más amplio que la mera distancia física al entrar en juego otros valores como las circunstancias individuales, la oportunidad de tiempo, la asequibilidad económica y la inteligibilidad o información. Pero además, la accesibilidad a un recurso desde un punto de vista más físico depende de la proximidad de este recurso con respecto al espacio de actividad del individuo (principalmente: el hogar y el trabajo), y según las ventajas relativas en términos de transporte que son necesarias para llegar a dichas ubicaciones. (Geertman y Ritsema, 1995; Wang *et al.*, 2015)

En referencia al ámbito salutogénico y de los activos para la salud, la accesibilidad (física) es la condición posible de cualquier recurso a estar a una distancia aceptable para un individuo o una comunidad en general.

Por esta razón, los próximos apartados se centran en tres aspectos de la accesibilidad (física): la “**proximidad**”, la “**caminabilidad**” y la “**conectividad**”. La caminabilidad es una alternativa de conexión que vamos a estudiar por separado dado su vinculación con la Promoción de la Salud, y la riqueza de su análisis de contenido, que ha hecho que se trate de un concepto estudiado en profundidad.

## 5. PROXIMIDAD

Como ya se ha indicado, la proximidad de un recurso o la distancia respecto a una ubicación de referencia para el individuo, se puede entender desde el prisma espacial o el temporal (Hagertrand, 1970, como se citó en Wu y Miller, 2001). Con frecuencia, los ciudadanos relacionamos las ubicaciones de referencia de nuestro vecindario o comunidad con el tiempo que nos cuesta llegar a ellos, en lugar de una simple distancia (Maass *et al.*, 2017). Esto se debe a que la “distancia conocida”, o percibida, generalmente no coincide con la distancia física real (MacDonald, Kearns y Ellaway, 2013). Por este motivo, bastantes investigadores prefieren establecer los umbrales de proximidad en términos de tiempo. Como indican MacDonal *et al.* (2013), caminando a una velocidad estándar, entendida como 5 kilómetros por hora, la distancia de 800 metros corresponde aproximadamente a 9-10 minutos, unos 1.000 metros corresponden a 12 minutos y 1.200 metros a 14-15 minutos a pie (MacDonald *et al.*, 2013). En varios artículos se observa la tendencia a medir, la accesibilidad, desde la perspectiva de distancia en tiempo, con márgenes desde los 5 minutos (400 metros) como distancia ideal para el desplazamiento a pie y hasta los 30 min (2.400 metros) (Cerin *et al.*, 2008; Perchoux, Chaix Brondeel y Kestens, 2016). Sin embargo, no podemos utilizar solamente la percepción de distancia de los residentes porque en ocasiones puede estar sesgada debido a múltiples razones, como el sentido de pertenencia o apego hacia ese lugar que identificamos como propio. Otra razón es el llamado sesgo de la escala supra-ordenada. Este sesgo se entiende muy fácilmente por ejemplo al preguntarnos qué ciudad está más al norte respecto a otra. Por ejemplo,

al no tener información precisa sobre la latitud exacta de ambas ciudades se suele recurrir a una categoría espacial de orden superior, ya sea una región o un país: Perpignan está más al norte que Bilbao, porque Francia lo está respecto a España.

El análisis de proximidad de los recursos se puede realizar por dos vías: por medio de las zonas de influencia o *buffers*, utilizando tecnología SIG, que consiste en definir polígonos o áreas geográficas que resultan de establecer una determinada distancia tomando como referencia una ubicación o nodo geográfico como puede ser el hogar o el lugar de trabajo; y por otro lado, están las mediciones lineales de distancia euclidiana entre dos ubicaciones. Ambas opciones proporcionan un análisis relativo, no absoluto, de la proximidad del recurso, ya que parten de una ubicación de referencia que puede ser completamente distinta entre individuos. Algunos estudios que comparan las medidas de accesibilidad *buffers* de red de calles y las distancias euclidianas han encontrado poca diferencia perceptible (Cutts, Darby, Boone y Brewis, 2009). Sin embargo, MacDonal *et al.* (2013) concluyen que la distancia objetiva a los recursos es mayor si se utilizan *buffers* de redes de calles en lugar de mediciones de distancia de línea recta. Estos autores concluyen, al igual que otros estudios, que los *buffers* de 800 metros son los que muestran un mayor acuerdo con la realidad percibida. (Moudon *et al.*, 2006)

Para el análisis por medio de *buffers*, numerosos estudios se han preocupado previamente por intentar definir cuantitativamente, o geográficamente, lo que la sociedad entiende por vecindario y comunidad. Moudon *et al.* (2006) investigaron los umbrales medibles y la definición de atributos que delimitan la percepción de vecindarios

transitables. En este estudio obtuvieron diferencias significativas entre la proximidad real de diferentes tipos de recursos y la distancia percibida por los residentes. En numerosas ocasiones, ocurre que las delimitaciones territoriales o administrativas no coinciden con los límites sentidos por las personas que residen en ellos. En palabras de Cofiño, Cubillo, García y Hernán-García (2019), “la mayoría de las comunidades están vinculadas a un territorio, aunque el territorio no siempre es necesario y en cualquier caso nunca es suficiente” (p.11). Buscando una solución a la terminología de vecindario como espacio de referencia para el análisis, e intentando acercarse más a los nuevos estilos de vida donde los largos desplazamientos (por ejemplo para ir al trabajo) es algo cotidiano, algunos estudios han preferido hablar de “espacio de actividad”, entendido como el conjunto de ubicaciones de actividades visitadas diariamente por la persona (Perchoux *et al.*, 2016).

Sin embargo, la mayoría de los estudios encontrados sobre planificación urbana o análisis de mediciones de accesibilidad, siguen utilizando referencias objetivas para delimitar el vecindario/barrio o comunidad. A través de la literatura revisada, sobre todo en el ámbito de las ciencias sociales y de la planificación urbanística, hay consenso en definir como límite máximo definitorio de vecindario/barrio en 1200-1600 metros, como territorio o espacio de actividad cotidiana en torno a nodos de referencia como el hogar o el trabajo (Abel y Faust, 2018; Brondeel *et al.*, 2014; Fleischhacker, Evenson, Rodriguez y Ammerman, 2011; Kerr *et al.*, 2010; MacDonald *et al.*, 2013; Markevych *et al.*, 2016; Moudon *et al.*, 2006; Peiravian, Derrible y Ijaz, 2014), aunque también son numerosos los autores que prefieren no exceder de los 800-1000 metros, o 10 minutos caminando (Cerin *et al.*, 2008; Frank, Schmid,

Sallis, Chapman y Saelens, 2005; Heerman *et al.*, 2016; Kirtland *et al.*, 2003; Moudon, Hess, Snyder y Stanilov, 1997). Kirtland *et al.* (2003) realizaron un estudio ampliando el análisis a términos de comunidad y concluyen que una distancia máxima definitoria es de 3 millas (aproximadamente 60 minutos caminando a velocidad estándar).

La segunda forma de medir la proximidad de un recurso consiste en trazar una distancia lineal entre dos nodos: uno es una de las ubicaciones de referencia del individuo (el hogar o lugar de trabajo) y el segundo es la posición que ocupa el recurso analizado. El hogar es tanto el origen como el destino más común de los desplazamientos, y la mayoría de los paseos se dirigen a diversos establecimientos tales como restaurantes y bares, tiendas de comestibles, centros comerciales, bancos y otros servicios. (Millward, Spinney y Scott, 2013)

Troped *et al.* (2001) observaron una relación negativa entre la distancia a un recurso y las probabilidades de recorrerla, concluyendo que por cada aumento de un cuarto de milla (aproximadamente 400 metros), se reducía casi la mitad de probabilidades de usar ese camino en el último mes. En un estudio posterior, Troped *et al.* (2003) informaron que esta relación no afectaba al desplazamiento con fines recreativos (Kaczynski y Henderson, 2007). Millward *et al.* (2013) obtuvieron similares conclusiones<sup>36</sup>, donde la mayoría de las caminatas son más cortas que 600 metros, y muy pocas exceden los 1200 metros (Peiravian *et al.*, 2014). Según MacDonal *et al.* (2013), esta distancia

---

<sup>36</sup> Según Millward *et al.* (2013), el 42% de todos los viajes son inferiores a 0'4 km, el 72% menos de 0'8 km y el 85% menos de 1'2 km. En el caso de desplazamientos a paradas de transporte público, el 52% de los viajes son inferiores a 0'4 km y solo el 7% excede los 1,2 km.

límite marca una aproximación bastante fidedigna con interpretaciones subjetivas de la distancia. Según Leslie *et al.* (2007) y otros autores como Moudon *et al.* (1997), son deseables las distancias por debajo de los 800 metros entre las ubicaciones de referencia y el resto de recursos de uso cotidiano.

En el Estudio de Movilidad y Espacio Público de Vitoria, se establece una distancia deseable de 300 metros (o 5 minutos a pie) para el 80% o más de los servicios básicos: recursos educativos, culturales, deportivos sanitarios, asistenciales y administrativos, transporte público, internet, farmacia, tiendas de conveniencia o supermercado o frutería, pescadería, y panadería (Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona, 2007). En este mismo sentido, el Ministerio de Fomento utiliza la distancia de 300 metros como referencia para indicar el número y tipo de “recursos de proximidad”<sup>37</sup> que deben estar presentes para un mínimo del 75% de la población (MITMA, 2012. p.36).

Moudon *et al.* (2006) en su investigación sobre los atributos de los vecindarios transitables, identificaron las distancias máximas promedio relacionadas positivamente con el comportamiento de caminar lo necesario. Estas distancias, resultan estimaciones fiables para interpretarlas como mediciones de proximidad percibidas respecto a los hogares de los residentes:

---

<sup>37</sup> Son considerados “recursos de proximidad” (a 300m) aquellos que proporcionan productos tales como: pan; pescado, carne, fruta-verdura, productos farmacéuticos, productos variados de supermercado o pequeño comercio, prensa. Debe haber un mínimo de 6 de estos tipos de actividades diferentes para el 75% de la población.

- Recursos comerciales para el ocio o entretenimiento asiduos de los residentes: 500 metros o menos<sup>38</sup> (Chais *et al.*, 2012; Perchoux, Kestens, Brondeel y Chaix, 2015; Perchoux *et al.*, 2016).
  - Restaurantes: 1.000 pies (300m)
  - Tienda de comestibles: 1.500 pies (450m)
  - Tienda venta al por menor: 1.700 pies (500m)
- Parque: 1900 pies (600m)
- Transporte público: 800 metros<sup>39</sup> (Abel y Faust, 2018)
- Iglesias y escuelas: 2.000 pies (600m)
- Oficina/trabajo: 2.000 - 3.250 pies (600-1000m).
- Deporte: 2.000 - 3.500 pies (600-1000m)<sup>40</sup>
- Centro sanitario: 3.500 pies (1000m)
- Biblioteca: 4.500 - 5.000 pies (1300-1500m)
- Museo/galería de arte: 5.000 pies (1500m)

Una clasificación similar se plantea en el Estudio de Movilidad y Espacio Público de Vitoria en su plan de acción de la Agenda Local 21 y dentro de la Red de Redes de Desarrollo Local Sostenible (RdR/DLS). Según esta clasificación (tabla 5.7), los recursos que admiten una distancia mayor son los centros de salud y servicios sociales, centros

---

<sup>38</sup> El acceso a instalaciones recreativas, restaurantes y bares, tiendas de comestibles y sitios culturales a menos de 1000 m puede crear lo que se entiende como "vecindario de oportunidades" (Maass *et al.*, 2017; Millward *et al.*, 2013).

<sup>39</sup> Hay algún estudio sobre "caminabilidad" como el de Millward *et al.* (2013) que reivindica el uso de umbrales de distancia de 400-500 metros en la planificación de rutas de transporte público.

<sup>40</sup> A diferencia de lo propuesto en Moudon *et al.* (2006), en un estudio de Wendel-Vos *et al.* en Kaczynski y Henderson (2007) sobre la valoración de proximidad de instalaciones deportivas determinaron que estos recursos eran percibidos como activos por los residentes cuando se encontraban a una distancia de 300 - 500 metros respecto del hogar. En la investigación, ninguna de las instalaciones a mayor distancia de los 300 metros fueron significativamente predictoras del desplazamiento a pie; sin embargo, al encontrarse a 300 metros o menos sí predecían el desplazamiento caminando e incluso el ciclismo tanto por motivos de ocio como de desplazamiento. El planteamiento de Wendel-Voset *et al.* (2004) puede estar en lo correcto, ya que Hoehner *et al.* (2005) encontraron que las instalaciones a más de 400 m. no estaban relacionadas con el cumplimiento de las recomendaciones mínimas de actividad física.



deportivos y mercados de alimentación, para una distancia no mayor de 600 metros o 10 minutos a pie. Se puede observar, que estos recursos resultan ser aquellos que satisfacen las necesidades más básicas.

**Tabla 5.7: Distribución equilibrada de equipamientos y servicios básicos.**

ÁMBITO	SUBÁMBITO	DISTANCIA
EQUIPAMIENTOS BÁSICOS	Educativo - guardería	300 metros
	Educativo – centro escolar	300 metros
	Centro de Salud	<b>600 metros</b>
	Centros de Bienestar social (hogar gente mayor, centro de día...)	300 metros
	Centros Culturales (cívico, biblioteca,...)	300 metros
	Deportivos (polideportivo, pista/cancha,...)	<b>600 metros</b>
	Espacio colaborativo	<b>600 metros</b>
ACTIVIDADES USO COTIDIANO	Farmacia	300 metros
	Panadería	300 metros
	Mercado de alimentación	<b>600 metros</b>
	Supermercado – tienda de alimentación	300 metros
	Pescadería	300 metros
	Carnicería	300 metros
	Frutería – verdulería	300 metros
TRANSPORTE PÚBLICO	Paradas transporte público	300 metros
	Red ciclista	300 metros
ESPACIO PÚBLICO	Espacio verde < 1.000 m <sup>2</sup>	300 metros
	Área juegos infantiles	300 metros
RESIDUOS	Punto de recogida selectiva	<b>100 metros</b>
	Punto limpio (fijo o móvil)	<b>600 metros</b>

Fuente: Adaptado de *Estudio de Movilidad y Espacio Público*, por Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona, 2007, BCNecología.

Un tipo de recurso que ha suscitado especial interés para la comunidad científica, es el de los espacios naturales abiertos y los beneficios en la salud poblacional asociados por su proximidad: parques urbanos y rurales, bosques y espacios salvajes, geografía azul (ríos, lagos, mar), etc. La mayoría de la evidencia científica demuestra la importancia de tener de forma próxima este tipo de recursos, por su relevante papel en el bienestar físico, psicológico y social (Moseley, Marzano, Chetcuti y Watts, 2013). Por otro lado, el trabajo de Duncan y Mummery en Bjork *et al.* (2008) no ha encontrado relaciones significativas e incluso los resultados indicaban que los residentes que disponían de entornos verdes a más de 600 metros eran significativamente más propensos a alcanzar los niveles recomendados de actividad física que las personas que vivían más cerca. Sin embargo, esta discusión puede estar sesgada si no se considera la intención del desplazamiento. Las indicaciones del *Natural Spaces in Urban Places* se acercan a las establecidas por Moudon *et al.* (2006) considerando deseable disponer de 2ha (142m x 142m) de espacio verde a menos de 500m de cada residencia. Investigaciones anteriores han demostrado que el uso de este tipo de áreas disminuye notablemente si están a una distancia mayor de 300 metros de la residencia (Bjork *et al.*, 2008). Boyle (1983) en Cutts *et al.* (2009) afirma que ésta es la distancia de umbral estándar utilizada en los estudios de accesibilidad a espacios naturales en los Estados Unidos. Así mismo lo establece el *Natural England Accesible Natural Greenspace Standard* y la propia Comisión Europea (Amoly *et al.*, 2014; Moseley *et al.*, 2013).

En consecuencia, para valorar el concepto de “proximidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

Tomando como referencia su espacio de actividades habitual (hogar, trabajo...):

- El recurso está en la comunidad: a menos de 4500m (60 min a pie) en *buffer* de red de calles.
- El recurso está en el vecindario: a menos de 800m (10 min a pie) en *buffer* de red de calles.
- El recurso se encuentra a 300m (5 minutos a pie) o menos, en *buffer* de red de calles.
- El recurso es visible en tu espacio de actividad.

Más adelante, se describirán otras dimensiones que directa e indirectamente influyen en la percepción de proximidad de los diferentes recursos: la densidad o compactibilidad del uso del suelo y, el grado de heterogeneidad o diversidad con el que los usos funcionalmente diferentes se ubican en el espacio. Cuanto más compacto y entremezclado sea un entorno urbano, mayor será la conectividad y más cortas serán las distancias físicas a los diferentes destinos. (Leslie *et al.*, 2007)

## 6. CAMINABILIDAD

Además de la proximidad del recurso es necesario plantearse cómo el individuo accede a él.

La “caminabilidad” es un concepto extensamente utilizado en la literatura inglesa para referirse a la «facilidad para caminar» o “walkability”. Otro concepto relacionado en la evaluación de la relación peatón - entorno urbano es el de transitabilidad, definido como el grado en que el entorno construido es favorable a la presencia de personas que viven, visitan, disfrutan o pasan el tiempo en la zona, en base a un conjunto de factores y su calidad (Talavera-García y Valenzuela-Montes, 2017).

Una parte significativa de la literatura sobre el diseño de entornos urbanos sostenibles, o la planificación de vecindarios y comunidades promotoras de la salud, hace referencia o estudia la caminabilidad como indicador que es medido por diferentes escalas. Los estudios que analizan la caminabilidad, con una u otra escala, son más numerosos que los que se refieren al concepto de transitabilidad, por una tendencia generalizada a orientar los entornos urbanos hacia la sostenibilidad y la salud, desincentivando el uso del automóvil, y promocionando los desplazamientos activos en bicicleta o andando. La caminabilidad ha sido relacionada con importantes beneficios para la salud (muy especialmente con una mayor actividad física), el medioambiente e incluso actividad económica (Kerr *et al.*, 2010). En lo relacionado con la actividad física, según el estudio de Frank *et al.* (2005), el 37% de los individuos en el primer cuartil del índice, cumplían con el mínimo requerido de 30 minutos de actividad física, mientras que

solo el 18% de los individuos en el cuartil de caminabilidad más bajo, cumplía con dicha recomendación.

Con frecuencia la caminabilidad se relaciona con las “tres D” (*density, desing and diversity*) propuestas por Leslie en su índice de caminabilidad o “*walkability index*”: la Densidad de vivienda u otras edificaciones, el Diseño del entorno, y la Diversidad o patrones de uso del suelo (industrial, residencial, comercial, oficina, vacante, recreacional e institucional). (Cutts *et al.*, 2009; Lu, Xiao y Ye, 2017; Moudon *et al.*, 2006; Kerr *et al.*, 2010; Peiravian *et al.*, 2014). De forma muy parecida, Frank *et al.* (2002, 2005) relaciona como principales factores la densidad, el uso mixto del suelo, y la conectividad (en el sentido de la configuración de los itinerarios).

La densidad de vivienda u otras edificaciones en una zona concreta, es descriptor de la proximidad de los recursos. (Turrell, Haynes, Wilson y Giles-Corti 2013)

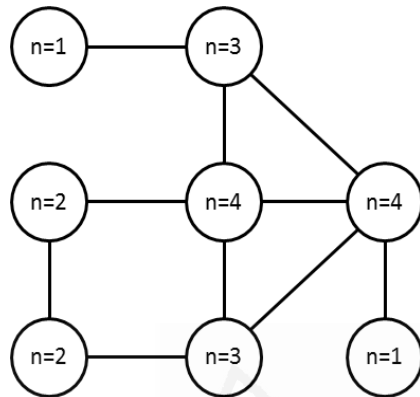
A mayor densidad de edificios, más próximos se encuentran unos de otros, y esto mejora la conectividad e indirectamente la seguridad objetiva y subjetiva. Este aspecto, junto con la densidad de las intersecciones, determina la “**rectitud**” del trayecto (*directness*) que facilita la caminabilidad hacia el recurso o ubicaciones de interés y uso cotidiano. La rectitud se expresa como una relación de la longitud de la ruta con la línea recta ficticia entre el origen y el destino; cuando aumenta dicha relación y la dirección real se asemeja más a la línea recta ficticia, entonces mejora la conectividad (Moudon *et al.*, 1997; Planning Institute of Australia, 2009; Talavera-García y Valenzuela-Montes, 2017).

Hablamos de rectitud cuando hay calles interconectadas que proporcionan diferentes opciones para las rutas de desplazamiento permitiendo al usuario elegir el itinerario más eficiente entre los posibles (figura 5.18). Según numerosos autores, a mayor tasa de rectitud [distancia/cambios de sentido] la ruta es más eficiente. (Sohn y Kim, 2010, como se citó en Moudon *et al.*, 1997; Talavera-García y Valenzuela-Montes, 2017). Un escenario urbano que favorece el desplazamiento a pie, es la disposición urbana de cuadrícula regular donde las vías principales están generalmente planificadas a una distancia entre sí de 1.000 metros o menos, con intersecciones cada 100 o 200 metros conformando una malla más ágil y amable para los peatones. También se considera adecuado una vía principal cada kilómetro o kilómetro y medio (Leslie *et al.*, 2007; UN-Habitat, 2017). Un ejemplo de la disposición cuadrangular con estas consideraciones es la ciudad de Barcelona. Además, a partir de 2012 desde el ayuntamiento de esta ciudad se está implementando el proyecto de planificación urbana de las llamadas “supermanzanas”, con una evidente orientación al peatón<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Programa de supermanzanas del Ayuntamiento de Barcelona. “Superilles”  
<https://ajuntament.barcelona.cat/superilles/es>

Figura 5.18: Ejemplo en valores de factor de equivalencia de intersecciones.



Fuente: Elaboración propia.

Observando los diferentes factores que entran en juego, la rectitud puede expresarse bien en términos de densidad de intersecciones, o bien, según la densidad de viviendas por área (a mayor número de intersecciones, menor será el tamaño de las manzanas de viviendas). El más utilizado es el Índice de Densidad de Intersección (*Intersection Density Index -IDI-*) para un área determinada. Un IDI más alto sugiere manzanas más pequeñas. Para cuantificarlo, una intersección de cuatro vías tendrá un factor de equivalencia de intersección de 4, mientras que la de un callejón sin salida será de 1. (Peiravian *et al.*, 2014)

$$IDI = \frac{\left(\frac{\sum_j n_{ij}}{A_i}\right)}{\max\left(\frac{\sum_j n_{ij}}{A_i}\right)}, \quad 0 \leq IDI_i \leq 1$$

Donde  $n_{ij}$  es el factor de equivalencia de intersección para la intersección  $j$  en la zona  $i$ ; es decir, es el número de enlaces que se encuentran en el nodo  $j$ . El sumatorio ( $\sum_j n_{ij}$ ) es la suma de los factores de equivalencia de intersección en la zona  $i$ , y  $A_i$  es el área de la zona  $i$ .

En lugar de aplicar este indicador, se podría realizar un simple cálculo del total de intersecciones de tres o más salidas existentes por un área determinada o en la distancia de un kilómetro (Cerin *et al.*, 2008; Kerr *et al.*, 2010; Perchoux *et al.*, 2015). Según Frank (2005) un entorno favorecedor y más transitable es aquel que presenta 30 o más intersecciones por kilómetro cuadrado; en nuestra lista de verificación se podría tomar el recurso analizado como eje de referencia para el *buffer* de red de calles y evaluar la conectividad de la zona. O por otro lado, llegaríamos a un resultado aproximado si tomamos en consideración la densidad de viviendas por área; aproximadamente seis manzanas por acre residencial (1 acre = 4000m<sup>2</sup> aproximadamente). (Frank *et al.*, 2005)

El diseño o configuración del espacio es un factor que influye activamente en la percepción de confort del individuo y también en la caminabilidad, ya que juega un interesante papel sobre nuestra movilidad y la velocidad del desplazamiento. Los peatones usualmente caminan más rápido en las calles que invitan a los movimientos lineales, mientras que su ritmo disminuye a medida que atraviesan las plazas (es



casi como el agua, que fluye rápidamente a lo largo de los cauces pero se mueve más lentamente en los lagos). Esto se debe, en parte, a la “**integridad de los itinerarios**” y a la densidad y variedad de diseños de las fachadas y el “**tipo de uso**” (comercial, industrial, residencial,...); así por ejemplo, las zonas de uso comercial suelen relacionarse con mayor nivel de caminabilidad, y la venta al por menor es utilizada en muchos casos como factor de evaluación de la transitabilidad de los vecindarios (Talavera-García y Valenzuela-Montes, 2017). Es interesante observar que, en las calles comerciales activas y prósperas en todo el mundo, las tiendas u otras opciones llamativas a menudo tienen una longitud de fachada de cinco o seis metros, que corresponde a 15 a 20 por cada 100 metros. A una velocidad de normal de unos 80 segundos por cada 100 metros, el ritmo de la fachada en estas calles significa que hay nuevas actividades y vistas que ver cada cinco segundos (Gehl, 2010, p.77). Con esta consideración, Frank y sus compañeros creyeron oportuno añadir a su formulación anterior<sup>42</sup> una cuarta variable para referirse al área de venta neta de comercio minorista (Cutts *et al.*, 2009; Frank, 2002; Frank *et al.*, 2005; Frank *et al.*, 2006; Frank *et al.*, 2010; Kerr *et al.*, 2010; Millward *et al.*, 2013; Peiravian *et al.*, 2014). Según Knuiman *et al.* (2014) es probable que la alta densidad residencial sea un requisito previo para la presencia de usos mixtos del suelo, ya que sin una densidad de vivienda adecuada, no habría personas suficientes para respaldar las tiendas, servicios locales y el tránsito público.

---

<sup>42</sup> Estudio SMARTRAQ: Índice de caminabilidad =  $(6 \times \text{puntuación } z \text{ de la mezcla de uso del suelo}) + (\text{puntuación } z \text{ de la densidad residencial neta}) + (\text{puntuación } z \text{ de la densidad de intersección})$ . Frank *et al.* (2002) (2005)

La versión más reciente del modelo es presentada por Frank *et al.* (2010):

$$\text{Caminabilidad} = (2 \times \text{densidad de intersección } z) + (\text{densidad residencial neta } z) + (\text{área de comercio minorista } z) + (\text{combinación de uso de tierra } z).$$

Donde:

- Densidad de intersección (conectividad de la calle) = número de intersecciones de 3 tramos o más / área de buffer
- Densidad residencial neta = número de unidades residenciales / área de superficie residencial
- Combinación de uso del suelo (diversidad de uso) = uniformidad de siete usos del suelo ( oficina, residencial, comercial, vacante, industrial, parques y recreación, instituciones)
- Relación de área de venta minorista = proporción de pies cuadrados de edificio de venta por menor a área de parcela

Entre otras mediciones de la caminabilidad<sup>43,44</sup>, más recientemente Peiravian *et al.* (2014) buscaron adaptar este índice a mediciones basadas en las tecnologías SIG. Lo llaman Índice de Entorno Peatonal (*Pedestrian Environment Index -PEI-*)<sup>45</sup> y se obtiene a través de

---

<sup>43</sup> Neighborhood Environment Walkability Scale -NEWS- (Saelens y Sallis. 2002): es una encuesta de 68 ítems diseñada para evaluar los atributos múltiples de los entornos sociales y construidos en el vecindario que se consideran relacionados con la actividad física

<sup>44</sup> Pedestrian-attractiveness Score (Naharudin *et al.* 2017) refleja el atractivo peatonal y es igual a la longitud total de rutas óptimas en el área de captación entre la longitud total del sendero en el área de captación.

<sup>45</sup> Índice de Entorno Peatonal (Peiravian *et al.* 2014):  $PEI = 1/16 \times [(1+LDI) \times (1+PDI) \times (1+CDI) \times (1+IDI)]$  donde  $0 < PEI < 1$ . Los factores tienen impactos lineales entre sí, no son simplemente aditivos, por lo que un cambio en cualquiera de ellos puede afectar a los otros factores. Para evitar un valor nulo, a cada subíndice se le ha agregado un valor de «1». Dado que el valor máximo posible del producto de los es 16, la introducción de un coeficiente de 1/16 ayuda a normalizar los valores y mantener los resultados dentro de

cuatro subescalas: diversidad de uso de la tierra (*Land-use diversity index* -LDI-), densidad de población<sup>46</sup> (*Population density index* -PDI-), densidad comercial (*Commercial density index* -CDI-) y la mencionada densidad de intersección (IDI).

«*Walk Score*»<sup>47</sup> es otro método para la medición de la caminabilidad según la facilidad de desplazamiento a pie vs. uso del automóvil para diferentes destinos. *Walk Score* analiza los itinerarios a servicios cercanos a pie, y otorga puntuaciones máximas para aquellos que se encuentren a una distancia no mayor de 400m o 5 minutos a pie, y puntuaciones mínimas cuando superan los 30 minutos (Peiravian *et al.*, 2014).

Sin embargo, la política o estrategia de planificación basada exclusivamente en las “tres D” puede ser inefectiva o incluso contraproducente en ciudades grandes y con gran densidad, debido a que existen también otros factores que pueden influir en la caminabilidad, como ha demostrado el trabajo de Lu *et al.* (2017) en el caso de China.

---

un rango [0,1]. Un valor cercano a 1 sugiere que el entorno del vecindario promueve las actividades peatonales, mientras que los valores cercanos a 0 propician el uso de los automóviles.

<sup>46</sup> “*Densidad de Población*”: Según el Ministerio de Fomento (2012) un rango equilibrado es 150-250 habitantes por hectárea, y densidades muy superiores o muy inferiores no son deseables en un escenario sostenible. El primer caso aparecen problemas de congestión y supone un coste para la población en términos de espacio público y de servicios; y en la segunda situación (tejidos dispersos), aparecen problemas de aislamiento y conlleva un mayor consumo de recursos.

<sup>47</sup> «*Walk Score*» puntuaciones: 90–100 Paraíso de la caminabilidad: los recursos de uso diario no requieren un automóvil. 70–89 Muy transitable: la mayoría de los destinos se pueden acceder a pie. 50–69 Algo transitable: algunos recados se pueden realizar a pie. 25–49 Dependiente del automóvil: la mayoría de los destinos requieren un automóvil. 0–24 Muy dependiente del automóvil: casi todas los recursos de uso diario requieren un automóvil.

Un aspecto que aún no se ha contemplado de la configuración de los itinerarios tiene que ver con su nivel de integridad, en referencia a la extensión y distribución de los mismos y a su continuidad por la inexistencia de obstáculos que supongan una disrupción importante de la continuidad de la rectitud del trayecto (Moudon *et al.*, 1997). El viaje directo caminando es más fácil cuando hay pocas barreras físicas (autopistas, vallas/muros, obstáculos físicos), que dificultan o restringen el acceso al recurso (Leslie *et al.*, 2007; Moseley *et al.*, 2013). En la mayoría de las grandes ciudades es habitual encontrar vías con más de dos carriles para vehículos, bajo la dudosa justificación de que proporcionan una mayor agilidad a la circulación. Un estudio ha comprobado que la anchura de las vías aumenta la congestión de tráfico, y además ha demostrado que las calles de más de dos carriles tienden a desalentar a las personas a cruzarlas, observándose que los residentes en calles con tráfico ligero, tenían el doble de amistades o conocidos que aquellos que residen en calles con mucho tráfico (UN-Habitat, 2017). Deseablemente, más de 60% del viario público deber estar destinado al tránsito peatonal (MITMA, 2012. p.26).

Las condiciones de las vías de tránsito, tanto las condiciones de las aceras como la pendiente del recorrido, se consideran factores altamente influyentes en el grado de caminabilidad del entorno (Vaughan *et al.*, 2013). Así por ejemplo, Seguin *et al.* (2015) en su estudio sobre el acceso a una alimentación saludable en el entorno rural, observaron que más del 70% de los participantes identificaban el mal estado de las aceras como una importante barrera para el desplazamiento a pie. Las anchuras mínimas de las aceras debe ser de 0,9m y deseablemente de más de 2,5m para garantizar el paso sin

fricciones de una silla de ruedas (MITMA, 2012. p.11). Según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*) las aceras deben tener por lo menos cinco pies de ancho (= 1,5m). Por otro lado, se observa la pendiente de la calle como un determinante orográfico que puede influir a la hora de decidir si el desplazamiento se realiza a pie o por otros medios. Considerando estos dos factores, el estudio de movilidad de la ciudad de Vitoria, propone al respecto una medición en escala Likert<sup>48</sup> de 1 a 5 (Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona, 2007). En espacios naturales, no urbanizados o considerados salvajes, dicha pendiente tiene que ser mayor del 10% (Bjork *et al.*, 2008).

Otro concepto estudiado es el de “*enclousure*” o sensación de cerco, analizada como la proporción entre el ancho de la calle y la altura de sus bordes, generalmente edificios. En contextos urbanos más densos, las relaciones de altura-anchura entre 1:3 y 1:2 crean un recinto apropiado en una vía; y la sensación de apertura se empieza a percibir con proporciones mayores a 1:4. Richa Singh ha encontrado que las calles altamente transitables tienen una proporción de 1'5:2. Se observó que, a medida que la sensación de cerco/recinto experimentada por las personas aumentaba, el nivel de seguridad que sentían mientras caminaban por la calle también lo hacía. (Singh, 2016)

---

<sup>48</sup> Escala Likert “pendiente de la calle”: 1) Pendiente menor del 5% y ambas aceras de más de 2,5m de ancho. 2) Pendiente menor del 5% y una de las aceras de más de 2,5m de ancho (o accesibilidad a través de medios mecánicos). 3) Pendiente mayor del 5% y una de las acera de menos de 2,5m de ancho. 4) Pendiente mayor del 5% y ambas aceras menos de 2,5m de ancho.

Incluso la “apertura de vista al cielo” se considera una variable que afecta en la apreciación de la caminabilidad de las personas, según la percepción del equilibrio entre el volumen edificado y la proporción de cielo que se permite visualizar desde la superficie. Esta variable describe la distancia entre fachadas y la llamada “compacidad urbana” de la sección de calle, ponderada de igual forma por medio de una escala Likert<sup>49</sup> (Agència d’Ecologia Urbana de Barcelona, 2007).

La caminabilidad percibida de un entorno también depende del clima. Las personas se mueven más rápido cuando llueve, con viento o frío (Gehl, 2010, p.120).



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

<sup>49</sup> Escala Likert “apertura de vista al cielo”: se consideran parámetros críticos aquellas secciones cuyo ángulo de apertura al cielo sea de 144° o mayor menor (equivalentes al 80% de la sección) por la sensación de vacío-apertura, y también las aperturas de menos de 36° (equivalente al 20% de la sección) por su alta compacidad. En cambio se consideran proporciones más adecuadas aquellas cuyo ángulo de apertura se sitúa entre los 36° y 72° (equivalente al 20% - 40% de la sección) por el equilibrio entre el porcentaje de visual de fachada con respecto a la visual del cielo.

En consecuencia, para valorar el concepto de “caminabilidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- Las personas pueden caminar fácilmente hacia el recurso y, en su caso, dentro de él.
- El recurso analizado tiene buena comunicación a pie con otros recursos dentro de la zona.
- Hay calles interconectadas que proporcionan diferentes opciones de ruta para llegar al recurso.

*Sobre la ruta hacia el recurso...*

- No hay barreras físicas de la configuración urbana (grandes calles, autopistas, vallas/muros...) o accidentes geográficos (lago o río, terreno escarpado) que dificulten realizarla a pie.
- La pendiente de la calle no dificulta realizar la ruta a pie (pendiente menor del 5%).
- El diseño de la calle no dificulta realizar la ruta a pie (aceras con anchura superior a 2,5m).
- El trayecto resulta atractivo para el peatón por la diversidad de usos de la calle (comercial,...).
- El entorno de acceso al recurso es amigable y seguro, donde la compacidad urbana es proporcionalmente adecuada (apertura de vista al cielo entre los 36-72º).

## 7. CONECTIVIDAD

La “conectividad” es entendida por la Real Academia Española como “la cualidad o capacidad de conexionar o poner en comunicación dos cosas o dos personas”. En términos de configuración urbana, Leslie *et al.* (2007) y Lu *et al.* (2017) se refieren al grado en que los destinos están conectados por la red de calles.

Hasta ahora hemos contemplado la caminabilidad como una primera dimensión que interpreta la accesibilidad física a un recurso. Pero no hay que perder de vista otras alternativas que tiene que ver con la utilización de medios de transporte. Por lo tanto, otra interpretación del concepto de conectividad es la facilidad o no de conexión con un recurso a través de transporte público o automóvil particular. (Badland *et al.*, 2014; Kytä, Broberg, Tzoulas y Snabb, 2013; Kamphuis *et al.*, 2010; MacDonald *et al.*, 2013; Planning Institute of Australia, 2009; Walker *et al.*, 2010)

La cuestión de la carencia de transporte es una constante en la literatura. Por ejemplo, con referencia a los llamados desiertos alimentarios, cuando muchos hogares de bajos ingresos no tienen disponibilidad de un automóvil particular y tienen dificultades para acceder a un medio de transporte que les permita llegar a un supermercado fuera de su vecindario próximo (Walker *et al.*, 2010). En los análisis de regresión logística del estudio longitudinal RESIDE, sobre ámbitos residenciales y la relación entre la accesibilidad percibida y la conectividad con medios de transporte, obtuvieron que la probabilidad de caminar a un nodo de transporte cuando en un *buffer* de 1.600m



había 30 o más paradas era el doble que en la situación donde esta densidad era significativamente menor (Knuiman *et al.*, 2014).

Millward *et al.* (2013) reivindican el uso frecuente de umbrales de distancia de 400 o 500 m en la planificación de rutas y paradas de transporte público, particularmente de autobuses, ya que obtuvieron que habitualmente el 42% de todos los desplazamientos a estas paradas son de una distancia menor de 400 metros y el 72% del total son por debajo de los 800. Cuando la orografía es pronunciada la distancia debe reducirse (el porcentaje de viajes por debajo de 400 metros aumenta al 52%).

Según el Ministerio de Fomento, una buena conexión es cuando, para el 80% de la población, hay acceso a menos de 300 metros (o 5 minutos a pie) para alguno de los tres modos de movilidad alternativa al automóvil privado (autobús, metro/tranvía, sendas peatonales o bicicletas). Si lo trasladamos a nuestra lista de verificación, se entenderá como valoración positiva de cualquier recurso, el hecho de que exista por lo menos una parada a 300 metros o menos (MITMA, 2012. p.25). En términos de densidad del transporte público, teniendo en cuenta el número de paradas existentes por kilómetro cuadrado, un valor ideal serían 5 paradas dentro del *buffer* de red de calles respecto al recurso (Cerin *et al.*, 2008).

Un entorno configurado con manzanas pequeñas da como resultado un mayor número de cruces, y ello desincentiva el uso del automóvil por la demora en las intersecciones. Es interesante la interpretación que hacen Turrell *et al.* (2013) sobre las inequidades en salud de los barrios desfavorecidos y las medidas del entorno construido

relacionadas con la conectividad. Según estos autores, los entornos contruidos de vecindarios con bajo status socioeconómico (SES) tienden a caracterizarse por un mayor número de intersecciones. Este hecho desincentiva el uso del automóvil y las conclusiones del estudio señalan que los residentes en vecindarios de cuatro o más intersecciones tenían un 45% más de probabilidades de no poseer un vehículo (Turrell *et al.*, 2013). Sin embargo, esta planificación urbana tiende a proporcionar un entorno más agradable para los residentes, al tiempo que ofrece más opciones de rutas (Peiravian *et al.*, 2014). Este estudio manifiesta una realidad: las ciudades actuales presentan una planificación que tiende hacia densidades residenciales menores, manzanas de vivienda mayores, un entorno construido orientado al vehículo, no al peatón, y por lo tanto con una baja densidad de intersecciones. La evidencia científica en ciencias de la salud y planificación urbana ecológica proponen actuar en sentido contrario, por considerar que se trata de una alternativa más adecuada y oportuna en términos de sostenibilidad y salud.

También hay algún estudio como el de Fornara, Bonaiuto y Bonnes (2010), que incluyen en cuestionarios para la evaluación de la transitabilidad, indicadores acerca del desplazamiento en bicicleta y espacios disponibles para el estacionamiento de vehículos: - *Hay una buena disponibilidad de espacios de estacionamiento.* - *Es fácil desplazarse en bicicleta.*

En consecuencia, para valorar el concepto de “conectividad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- Este recurso está bien conectado con otras ubicaciones referentes de la ciudad.
- El recurso tiene conexión a una distancia menor de 300m (o 5 minutos a pie) respecto de alguno de los 3 modos previstos de movilidad alternativa al automóvil privado (bus, tranvía, metro).
- El recurso tiene conexión a una distancia menor de 300m (o 5 minutos) de espacio destinado al aparcamiento para el transporte privado.
- Las personas pueden acceder a una variedad de opciones de transporte (autobús, tren, automóvil y bicicleta) para llegar al lugar. Ideal: cinco o más opciones.

## 8. INTELIGIBILIDAD (*intelligibility*)

Como muchas otras expresiones, la accesibilidad tiene un significado común y cotidiano, pero también significados específicos en diferentes contextos, algunos de los cuales ya se han visto.

De entre las diferentes dimensiones de la accesibilidad podemos distinguir: la accesibilidad al entorno físico, la caminabilidad y “inteligibilidad” del recurso. Bajo esta última dimensión vamos a incluir otras concepciones diferentes al término de accesibilidad hasta ahora referido. Además de considerar indicadores de accesibilidad física (como la proximidad y la conectividad) y de accesibilidad económica, un activo de salud debe asegurarse que la comunidad lo reconozca y los residentes sean conscientes de su presencia y tengan información sobre él. De no ser así, es poco probable que se haga uso de sus servicios (MacDonald *et al.*, 2013).

Según algunos autores, aquellos residentes que tienen mayor experiencia o continuidad en su vecindario local, muestran una mayor comprensibilidad o correspondencia entre las percepciones subjetivas y la disponibilidad real de servicios cotidianos, y una mayor identidad con el lugar o recurso (Lalli, 1992). Sin embargo, algunos estudios como el de MacDonald *et al.* (2013) no solo no encuentran dicha correspondencia, sino la contraria, posiblemente como resultado de explorar el área local en los primeros meses de residencia y una mayor movilidad.

En ocasiones, determinados recursos son distinguibles y notorios en una sociedad por razones de singularidad (histórica, cultural,...) en el territorio, adquiriendo gran identidad. Cuando un recurso tiene una clara identidad en el territorio, es fácilmente conocido (comprendido)

por la mayoría de los residentes, aun cuando no sea fácilmente distinguible por la posición que ocupa o por la información disponible. Las medidas subjetivas son especialmente importantes a la hora de percibir la accesibilidad porque la voluntad de actuar o evitar la acción resulta de una evaluación colectiva hacia atributos objetivos basados también en el conocimiento o la información previa (Wang *et al.*, 2015).

Para el resto de activos, su inteligibilidad depende en gran medida de dos factores: la “visibilidad” física o perceptual del recurso en el territorio, y la “información” que la comunidad tiene sobre él.

Un primer factor primordial es conseguir el mayor grado de **visibilidad y claridad** en el territorio. Los accesos al lugar son claros y visibles (perceptibles para cualquier persona con discapacidad visual o auditiva); “El recurso debe disponer de un entorno adecuado y señalizado que favorezca la localización e identificación de las diversas áreas y servicios por parte de los residentes” (ICASS, 1999, p.8).

La “claridad” es definida como la cualidad de ser claro, distinguible o fácil de percibir y/o comprender. La RAE también define claridad como la “distinción con que por medio de los sentidos, y más especialmente de la vista y del oído, percibimos las sensaciones, y por medio de la inteligencia, las ideas”. En el mismo sentido, Lynch interpreta la legibilidad («*legibility*») como la facilidad con la que, un entorno o forma urbana (un recurso), puede ser reconocida, organizada, aprendida y recordada. Según el modelo informacional de interacción con el ambiente de Kaplan y Kaplan (1989, como se citó en Aragonés y Américo, 2000, p.69), la legibilidad proporciona un ambiente de permeabilidad visual para el sujeto y facilita la orientación.

Christopher Alexander y otros (1977, como se citó en Ewing y Handy, 2009, p.73) dicen que "un espacio exterior es positivo cuando tiene una forma distinta y definida, tan definida como la forma de una habitación, y cuando su forma es tan importante como las formas de los edificios que lo rodean" (p. 106). Del mismo modo, Jacobs (1993, como se citó en Ewing y Handy, 2009, p.74) dice que las personas reaccionan favorablemente a los límites fijos como algo seguro, definido e incluso memorable, una invitación a ingresar a un lugar lo suficientemente especial como para justificar los límites.

Pero, también fundamental que los recursos, además de ser distinguibles en el territorio, garanticen en la medida de lo posible un nivel de **información y transparencia** al público, acerca de los productos, actividades o servicios que proporcionan. La accesibilidad a un recurso mejorará cuando el individuo o la comunidad tengan más información sobre él, y además, ello garantizará una mayor equidad y accesibilidad universal. En *Cities for people*, Gehl (2010) hace mención a la importancia de esta: "A lo largo de la vida tenemos una necesidad constante de nueva información sobre las personas, sobre la vida a medida que se desarrolla y sobre la sociedad circundante" (p.25).

Ewing y Handy (2009), proponen una definición cualitativa del concepto de transparencia (física) como el grado en que las personas pueden ver o percibir lo que se encuentra más allá del borde de una calle. Según ellos, lo que se encuentra detrás del borde de la calle solo necesita ser imaginado, no visto. Definen la transparencia respecto a la calle, porque consideran que es más crítica a este nivel, siendo el lugar donde se produce la mayor interacción entre el interior y el exterior. En

el estudio se indican como elementos físicos que influyen en la transparencia, las paredes, ventanas, puertas, cercas, paisajismo y aberturas. Un panel de expertos sugiere además, que los letreros y medios informativos que transmiten los usos específicos del recurso, aumentan la transparencia (Ewing y Handy, 2009). Hay estudios que han comprobado que las calles con escaparates transparentes o recursos sin limitaciones que obstaculicen la percepción de lo que se está realizando en su interior, aumentan el grado de caminabilidad (Gehl, 2010). Esto es lo que Richa Singh entiende como “borde suave” (*soft edge*): fachadas transparentes, ventanas grandes, muchas aberturas y productos en exhibición, donde hay mucho que ver y tocar (Singh, 2016).

Además de la mencionada transparencia física, se considera fundamental que cualquier recurso disponga de algún medio informativo (página web o tablón de anuncios) a través del cual sea posible acceder o pueda ser solicitada la información necesaria. *“Si el recurso presta algún servicio o actividad... Dispone de algún medio informativo (página web o tablón de anuncios) a través del cual sea posible acceder o pueda ser solicitada dicha información”.*

Burk y Horton (1988, como se citó en Oppenheim, Stenson y Wilson, 2003) indican que la “información” puede ser vista como un activo en sí mismo al disponer de atributos de calidad (p.ej. precisión, amplitud y credibilidad) y atributos de utilidad (p.ej. facilidad de uso, accesibilidad física y flexibilidad). Además, se dan cualidades inherentes a la naturaleza de la información, una transparencia que invita al empoderamiento y una mejora de las relaciones entre «clientes y

socios». Por otro lado, según los autores, la información tiene atributos económicos que la hacen única: no se agota cuando se usa y se puede reutilizar para muchos propósitos diferentes.

En la sociedad de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, un medio informativo posible y cada vez más necesario, es la información en la web. Las nuevas generaciones difícilmente puede concebir la vida sin Internet, y también resulta un medio fundamental para las personas con algún tipo de limitación (física, perceptual – visual/auditiva-, cultural-lingüística o cognitiva). La información en la red permite tener acceso a cualquier recurso o servicio desde prácticamente cualquier lugar del mundo, de forma instantánea, con dispositivos de uso cotidiano y a un coste reducido. Sin obstáculos ni distancias parece que podamos ir donde queramos y actuar en cualquier lugar y en cualquier momento. Este efecto de la instantaneidad ha sido objeto de reflexión y análisis por parte de diferentes autores como refiere Vidal, Pol, Guàrdia, J., y Però (2004). Estas nuevas tecnologías y nuevas formas de comunicación modifican la percepción o significado social de la distancia espacio-temporal. Esto no quiere decir que el lugar físico pierda importancia, sino que disponer de dicha forma de comunicación otorga un valor añadido al recurso que la proporciona. Tal es el potencial que la tienda *online* o “*e-commerce*”, se están desarrollando con fuerza como un nuevo sistema de comercio y nuevas formas de distribución de sus productos, mejorando la calidad de servicio y permitiendo la apertura y expansión hacia nuevos mercados.

A pesar del gran potencial que tiene internet para revolucionar el acceso de las personas discapacitadas a la información, este potencial hay que gestionarlo con precaución para no poner obstáculos



innecesarios. En este sentido, se ha creado el consorcio internacional WWW (*World Wide Web*) o W3C, que propone recomendaciones y estándares de la llamada “**accesibilidad web**”, entendida como la capacidad de acceso a internet y a sus contenidos por todas las personas independientemente de las limitaciones físicas, perceptuales (visual, auditiva, cultural-lingüística), cognitivas, o de las que se deriven del contexto de uso (tecnológicas o ambientales).

En España, por un lado hay que mencionar la Ley 51/2003 de 2 de diciembre de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal con discapacidad (LIONDAU), con aplicación transversal a todos los ámbitos, incluido el ámbito del internet. En el Artículo 10 sobre “Condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación” se dirige a la “adopción de normas internas en las empresas o centros que promuevan y estimulen la eliminación de desventajas o situaciones generales de discriminación a las personas con discapacidad” y el punto 3 insta a “orientar tanto el diseño inicial como los ajustes razonables de los entornos, productos y servicios de cada ámbito de aplicación de la ley”. Y por otro lado, está el Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a la sociedad de la información (Sánchez-Labela, Simelio y Moreno-Sardà, 2017).

Los estándares de accesibilidad web pretenden romper las barreras digitales para lograr que Internet esté disponible y facilite su uso tanto a quienes buscan información, como a los que quieren crearla y publicarla (Sánchez-Labela *et al.*, 2017). Según la guía *Web content accessibility guidelines 2.0* cualquier página web debe garantizar los

siguientes principios rectores en términos de accesibilidad web: (a) que la información y los componentes de la interfaz sean adaptables y distinguibles para los usuarios (perceptible); (b) que dicha información y la interfaz sean legibles y predecibles (comprensible); (c) que los componentes de usuario y la navegación faciliten interactuar con el contenido del sitio web (operable); y (d) que se pueda acceder al contenido desde una gran cantidad de dispositivos (robusto). (Caldwell, Cooper, Reid y Vanderheiden, 2008)

Cuando los sitios web están diseñados pensando en la accesibilidad, todos los usuarios pueden acceder en condiciones de igualdad a los contenidos. Además, la accesibilidad trae, entre otros beneficios, un incremento del número de potenciales visitantes al recurso, aumentando la usabilidad. Desafortunadamente, los grupos socialmente desfavorecidos, que podrían beneficiarse más de los recursos de salud en línea, también son los que tienen más probabilidades de tener acceso limitado a Internet. Surge así el concepto de “desigualdad digital” o “brecha digital”. (Hale, 2013)

En consecuencia, para valorar el concepto de “inteligibilidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- El recurso es distinguible y notorio dentro del barrio.
- Los accesos al lugar son claros y visibles (perceptibles para cualquier persona).
- *Si el recurso presta algún servicio o actividad...* Dispone de algún medio informativo (página web o tablón de anuncios) a través del cual sea posible acceder o se pueda solicitar dicha información.
- *Si el recurso dispone de medio informativo...* Está configurado de tal forma que garantiza una legibilidad universal (respondiendo a cualquier limitación: visual, auditiva, cognitiva, cultural-lingüística,...).
- *Sobre la accesibilidad web:*
  - La información es reconocible (distinguible) y adaptable para los usuarios.
  - La información y el funcionamiento de la interfaz de usuario son legibles y predecibles (son comprensibles).
  - Los componentes de la interfaz de usuario y la navegación facilitan la interacción (son operables).
  - Se puede acceder al contenido desde diferentes dispositivos.
  - El contenido es lo suficientemente robusto como para que pueda ser interpretado de manera confiable por una amplia variedad de usuarios.

## **9. IDENTIDAD**

La identidad se refiere a la noción que una persona tiene sobre sí misma, sobre su “yo”; la persona que es hoy y la que será el día de mañana. Es la imagen que los individuos construyen de sí mismos a través de un proceso de internalización y al relacionarse y compararse con otros semejantes (Mercedes, 2014).

La identidad propiamente dicha incluye por un lado una identidad individual, y por otro, la identidad colectiva o social, la cual aporta elementos distintivos de referencia y comparación a un individuo o un colectivo. Esta sensación de identidad está fuertemente ligada a la cohesión social y se ve como parte de procesos de desarrollo humano más amplios, sujetos a las influencias sociales o culturales del territorio (Hay, 1998). Algunos autores consideran que tal identificación se hace extensible a los espacios o recursos físicos, proponiendo el concepto de “identidad de lugar” (Proshansky, 1978; Proshansky, Fabian y Kaminoff, 1983. Según Graumann (1983), el término “identificación” se refiere principalmente a la adquisición de identidad social o de un lugar, mientras que el término “identidad” hace referencia al mantenimiento de dicha condición. (Graumann, 1983; Lalli, 1992)

Todo lugar, definido por unos límites, constituye el espacio existencial, de identidad, relacional e histórico donde habitan las personas y los grupos. Allí ocurrirán los eventos significativos de sus vidas y se desarrollarán los procesos de orientación y apoderamiento del entorno (Mercedes, 2014, p.21). La identidad de un pueblo influye en la identificación de su gente, de sus recursos y de su patrimonio, contagia y les da una cierta personalidad. La persona como residente en un lugar,

adquiere una serie de características casi psicológicas asociadas con ese lugar (Lalli, 1992, p.293). Por lo tanto, el modo de vivir de las personas y sus experiencias comunes no se pueden desvincular de las características físicas del lugar o espacio físico donde ocurren, ya estas juegan un papel importante en la interacción física y simbólica de las personas con su entorno (Mercedes, 2014, p.23).

La identidad social y la identidad de lugar están íntimamente relacionadas. No hay análisis social que pueda prescindir de los individuos, ni análisis de los individuos que pueda ignorar los espacios donde ellos interaccionan (Mercedes, 2014, p.22). Teniendo en cuenta todas sus vertientes, el sentido de identidad se convierte en una herramienta fundamental que contribuye a políticas y medidas de desarrollo más efectivas y sostenibles en todos los niveles (Jeannotte, 2016).

Siguiendo esta idea, Proshansky *et al.* (1983) elaboran en el ámbito de la psicología ambiental, la primera teorización sobre la “**identidad de lugar**” (*place identity*), definiéndola como una sub-estructura de la identidad personal que, en términos generales, consiste en un conglomerado de cogniciones (recuerdos, ideas, sentimientos, actitudes, valores, preferencias, significados y experiencias) relacionadas con la variedad y complejidad de los entornos físicos en los cuales uno se desenvuelve. (Hidalgo, 1998; Mercedes, 2014)

Según Proshansky (1978, 1983), la identidad de lugar pretende describir el papel que tienen las propiedades físicas del entorno (de un lugar) sobre la estructura de la personalidad o identidad personal. Para estos autores, los espacios físicos tienen una influencia sobre la

personalidad de un individuo de forma equiparable al factor sexo, raza, clase social, ocupación, etc. (Hidalgo, 1998)

Cuando la identidad de lugar implica cogniciones positivas, Proshansky habla de sentido de "pertenencia al lugar" (Hidalgo, 1998, p.28). El sentido de pertenencia, segundo nivel de las necesidades jerárquicas de Maslow, se entiende como pieza fundamental para la consolidación de una identidad de lugar, y se ve como condición necesaria para el desarrollo de procesos de participación y cooperación, y afianzar la inclusión o cohesión social. Mercedes (2014) define el sentido de pertenencia como el "sentimiento de identificación y vinculación de la persona con el grupo y con el ambiente donde desarrolla su vida" (p.15). (Valera, 1997)

Para que un espacio o recurso pueda ser considerado como espacio simbólico es condición necesaria que sea percibido socialmente como prototípico, es decir, paradigmático o representativo de la categoría sobre la cual se fundamenta la identidad social. La prototipicidad -positiva o negativa- de un recurso está determinada por el conjunto de significados, socialmente elaborados y compartidos, que le son atribuidos por parte del grupo de individuos (Valera, 1997). Según Lynch (1960) un factor determinante de la prototipicidad es la imagen ambiental o «imaginabilidad»<sup>50</sup> (Aragonés y Américo, 2000).

---

<sup>50</sup> La "imaginabilidad" de un recurso se refiere a la cualidad del objeto físico de suscitar una imagen vigorosa en varios observadores. Esta imagen o significado puede ser definida en función de determinadas características: el contenido (o conjunto de significados atribuidos al espacio), la claridad (cuanto más referido es un determinado significado por las personas, más claro es éste y mayor es su imaginabilidad), la complejidad (número de significados comunes que surgen entre las personas que tienen relación con el recurso), la heterogeneidad (número de grupos de personas de un

Aunque la dirección causal de esta influencia no se puede determinar de manera inequívoca, varios factores parecen sugerir que la identidad conduce a una evaluación positiva de la calidad y no al revés. (Lalli, 1992)

Este sentimiento de vinculación o pertenencia implica un proceso de sociabilización dentro del cual, según Levine, Moreland y Ryan (1998) subyacen importantes procesos psicológicos como la identificación y el sentido de compromiso. Por un lado, la identificación de los personas con una entidad (colectivo, lugar...), supone reforzar su influencia sobre los individuos, o la dependencia de estos últimos con respecto al colectivo, lugar o espacio. Y por otro lado, el compromiso hace referencia a los sentimientos de vinculación y la disposición de los sujetos a participar activamente en la entidad o en la organización del grupo. De esta manera se forman significados compartidos que construyen la identidad y propician la cohesión (Mercedes, 2014, p.19).

Volviendo a la "identidad de lugar", esta puede referirse a espacios de diferente nivel, desde un nivel micro-espacial (por ejemplo nuestra casa, un parque o cualquier otro recurso) a un nivel macro-espacial (una ciudad, un país/continente o el mundo). Para Lalli (1992), "una apropiada teoría psicológica sobre identidad de lugar tiene que especificar el nivel espacial examinado". De forma que insta a utilizar el término identidad de lugar como etiqueta general de la investigación en psicología ambiental, y emplear conceptos específicos para referirnos a los contextos particulares examinados, como por ejemplo la "identidad

---

determinado entorno que pueden distinguirse en base a los diferentes patrones de significado del lugar) y las distorsiones o contradicciones. (Aragónés y Américo, 2000)

urbana” o, en el caso particular de esta investigación, la “identidad de recurso”. (Hidalgo, 1998)

Es importante a lo largo de esta sección no olvidarnos del enfoque o la perspectiva con la que miramos el concepto de “identidad de recurso”. Como esclarece Proshansky *et al.* (1983), la identidad de lugar en general, es una estructura cognitiva inexorable de la propia identidad de la persona, caracterizada por sus actitudes, tendencias de comportamiento, valores, ideas o creencias. Como se suele decir, no existe un entorno físico que no sea también un entorno social, y por lo tanto, no es posible entender la identidad de recurso como una cualidad privativa.

La primera dificultad con que tropieza Lalli (1992) al abordar el estudio de la identidad de lugar, es la diversidad de enfoques existentes, de tal manera que a menudo se hace difícil distinguir si se está hablando del mismo concepto con distinto nombre o de conceptos distintos (Fornara *et al.*, 2010; McAndrew, 1998). Entre las principales aportaciones conceptuales cabe señalar las siguientes. En el ámbito de la geografía humana hace ya casi tres décadas emergió un gran interés por el lugar y su relación con el individuo, con autores como Tuan (1974), quien introdujo el concepto de "topofilia", o también Relph (1976), y Buttimer (1980)<sup>51</sup>. Aunque cada uno de ellos define el "lugar" de manera algo diferente, muchos de los supuestos subyacentes son compartidos según indica Proshansky *et al.* (1983). Paralelamente y en el ámbito de la psicología, se formularon otros conceptos como la “apropiación del

---

<sup>51</sup> Tomado de Proshansky HM, Fabian AK, Kaminoff R. (1983) Place-identity: Physical world socialization of the self



espacio (*appropriation of space*)” de Korosec-Serfaty (1976) o “apropiación del lugar” de Canter (1977)<sup>52</sup>. Más adelante, Proshansky, Fabian y Kaminoff (1983) introdujeron el concepto de “identidad de lugar”, que según el mismo Proshansky se relaciona con el concepto de apropiación siendo resultado de éste. Refiriéndose también a los procesos de identidad, distinguimos la “identidad de asentamiento (*settlement identity*)”; la “identidad urbana (*urban-identity*)” de Lalli (1992), entendida como una subestructura de la identidad personal, o el concepto ampliado de “identidad social urbana (*social urban-identity*)” de Valera y Pol (1994, como se citó en Valera, 1997) quienes consideran que los espacios físicos contribuyen igualmente a la formación de la identidad social. Seguirán otras contribuciones como el concepto de “dependencia del lugar (*place dependence*)” propuesto por Daniel Stokols y S.A. Schumaker o el “sentido de lugar” de Hay (1998). Y tampoco olvidar, la satisfacción y el “sentido de comunidad (*sense of community*)” de David M. Hummon; el “apego al lugar (*place attachment*)” de Setha Low e Irwin Altman, y el concepto de “arraigo/enraizamiento (*rootedness*)” de David Seamon. (Fuller, Stewart y Byles, 2010; Hidalgo, 1998; Vidal *et al.*, 2004, p.32)

Lalli (1992) ya apuntaba sobre la identidad de lugar que tiene muchos significados diferentes, y no son tan importante las diferentes etiquetas que se utilizan, como el fundamento que subyace a todas estas acerca de la importancia de tener en cuenta los fuertes vínculos entre las personas y los lugares (McAndrew, 1998).

---

<sup>52</sup> Tomado de Lalli M. (1992) Urban-related identity: Theory, measurement, and empirical findings

En ocasiones vemos que uno de estos términos se usa como concepto genérico que engloba a otros, como es el caso de la identidad de lugar y el apego al lugar. Para Proshansky y Lalli entre otros autores, la identidad de lugar es un concepto cognitivo y más amplio que enfatiza el papel del lugar (considerando los sentimientos hacia el contexto social y geográfico, así como la estética del lugar), y va más allá del apego afectivo-emocional a personas y la pertenencia a lugares particulares (Hay, 1998; Hidalgo, 1998; Lalli, 1992; McAndrew, 1998). Sin embargo, según Hidalgo (1998) otros autores los han tratado a ambos conceptos como sinónimos. La inclusión del apego como categoría entre otras de la dimensión de identidad de lugar, se observa en los cinco constructos -de cuatro ítems cada uno- que conforman la escala de “**identidad urbana**” (*The Urban-identity Scale 20-ítems*) de Lalli y Thomas (1988, como se citó en Lalli, 1992):

- 1) Evaluación externa: Se refiere al carácter especial de la ciudad (en este caso recurso) desde la percepción de prestigio, ventajas y singularidad histórica-cultural, en comparación con otro semejante externo. La identidad recoge el hecho de reconocernos o reconocer un objeto al compararlo o compararnos con otro semejante. Este constructo se recoge en nuestra lista de verificación bajo el término de “**singularidad**”.
- 2) Continuidad: recoge la importancia del lugar para el sentido de continuidad temporal subjetiva. Refleja la conexión hipotética y simbólica entre la biografía propia de la persona y el lugar determinado, a través de la interacción y el recuerdo de experiencias personales. Se refiere al pasado, pero afecta en la percepción a futuro. Este constructo se recoge en nuestra lista de verificación bajo el término de “**apropiabilidad**”.
- 3) Apego general: se refiere a la sensación de «estar en casa», una sensación positiva de identidad con el lugar que es entendida

por otros autores como “sentido de pertenencia”, “vinculación” o “arraigo”. El **apego** al lugar se considera preferentemente un concepto afectivo-emocional hacia los lugares; tratándose de vínculos afectivos no solo entre las personas de un lugar o comunidad, sino también hacia los lugares mismos (Hidalgo, 1998). Este concepto se recoge en nuestra lista de verificación.

- 4) Familiaridad: se refiere a la expresión de una orientación cognitiva exitosa de los resultados de las acciones emprendidas. En el análisis de Lalli y Thomas (1988), encontraron una alta correlación entre estos constructos, sin ser suficiente para asegurar que forman parte del mismo concepto “identidad urbana”. Las dimensiones de apego y familiaridad son las que muestran una mayor correlación intraclase (0.80), y recogen ítems muy semejantes: “*me siento realmente como en casa*”, “*la ciudad es como una parte de mí*” (apego); “*siento que pertenezco aquí*”, “*esta ciudad es muy importante para mi vida diaria*” (familiaridad). Dicha correlación confirma la similitud conceptual entre apego y familiaridad que otros autores defienden, entendiéndose el apego como un concepto más amplio (Lalli, 1992). Por esta razón, en nuestra lista de verificación nos referimos únicamente al primero.
- 5) Compromiso: es indicador de estabilidad y de previsión de futuro, el «quererse quedar». Constructo que por sus ítems, recuerda al concepto de intención de uso (p.ej. “*mi futuro personal está estrechamente relacionado con la ciudad*”, “*la ciudad juega un papel importante en mi futuro*”) (Lalli, 1992, p.294).

No hay que olvidar que esta escala fue originalmente preparada para medir la identidad con una ciudad, y sus autores Lalli y Thomas (1988, como se citó en Lalli, 1992) aclaran que no tiene como objeto su aplicación a otros niveles espaciales. De cualquier forma, la distinción

que ellos realizan del concepto de identidad aporta una acertada diferenciación de categorías.

Procurando encontrar una relación teórica de los espacios físicos con nuestra identidad personal, que Proshansky no consiguió, Twigger-Ross y Uzzell (1996) utilizaron el Modelo de Identidad de Breakwell (distintividad, continuidad, autoestima y autoeficacia), para definir el concepto de identidad de lugar y los cuatro principios que rigen el proceso: la “distinción” de un lugar; la “continuidad” en un lugar; la “autoestima” basada en la asociación de autoevaluación positiva con el lugar; y la “autoeficacia” o creencia en la propia capacidad de elegir y realizar las actividades en el entorno (Hay, 1998; Hidalgo, 1998; Twigger-Ross y Uzzell, 1996).

El presente estudio, adopta un enfoque que centra la mirada en la dimensión física del sentido de pertenencia, prestando atención a los aspectos del ambiente físico que influyen en la identificación de las personas con los lugares con los que se relacionan.

La identidad, el apego y el sentido de pertenencia han sido y siguen siendo ejes centrales de investigación de la psicología ambiental y otras ramas de estudio, por lo que lista de verificación que se presenta, no aspira a ser reflejo detallado de sus indicadores, si bien, sí pretende orientar en aquellos aspectos fundamentales que median en el proceso de valoración y ponderación de los recursos o activos para la salud.

### 9.1. Singularidad

La RAE define la “singularidad” como cualidad de algo extraordinario, raro o excelente, o separado de lo común.

Como se ha dicho en una de las dimensiones de la escala de identidad de Lalli (1992), la característica fundamental de la identidad es la comparación con otros semejantes. Entonces, la singularidad es relativa y comparada con otros recursos alternativos del territorio a analizar. La percepción individual y social respecto a las ventajas o el prestigio histórico-cultural de un recurso, dependerá de la comparación con otros recursos de características similares.

Por otro lado, que un recurso sea raro o escaso no implica necesariamente que la sociedad lo identifique simbólicamente como un recurso singular. De acuerdo con la teoría de recursos y capacidades, los recursos valiosos para una organización son aquellos que, además de ser escasos, son difícilmente imitables o reproducibles, como es el caso de los llamados recursos intangibles (factor humano, habilidades organizativas,...). Pero la mera disponibilidad de recursos escasos no garantiza *per se* unos buenos resultados. Además de disponer de estos recursos es necesario utilizarlos y activarlos (Bruque, Moyano y Llamas, 1999; Fernández y Suárez, 1996).

Cualquier recurso que forme parte o represente la historia o cultura de un territorio, muy probablemente adquiera éste rasgo de singularidad por su particularidad histórica-cultural (Aviñó, 2017; Bjork *et al.*, 2008; Brown, 2006; Kyttä *et al.*, 2013; Yoo y Kim, 2017). No obstante, un recurso puede ser singular en un territorio, pero no resultar atractivo ni ser reconocido como patrimonio por la comunidad. Según la

UNESCO (2003, como se citó en Jeannotte, 2016), “solo puede ser patrimonio cuando es reconocido por las comunidades, grupos o individuos, que crean, lo mantienen y lo transmiten” (p.35). En otro ámbito, Camara y Morcate (2014) diferencian los términos "recurso turístico" y "atractivo turístico". El primero se refiere a la constitución particular de los elementos naturales o culturales, y el segundo añade a la definición la incorporación de diversas instalaciones, equipamientos y servicios, que agregan valor y convierten el recurso en un atractivo turístico. Una definición citada por la SEGITTUR plantea que un recurso turístico “es cualquier elemento natural, actividad humana o producto antropológico que pueda motivar el desplazamiento con el móvil esencial de la curiosidad o la posibilidad de realizar una actividad física o intelectual” (Camara y Morcate, 2014, p.52)

Es fundamental tener en cuenta que el patrimonio singular de un territorio no se reduce solamente a los recursos histórico-culturales tangibles. No obstante, como refleja la guía MCPI, los mapeos de activos culturales frecuentemente ponen el foco en los activos tangibles, pues suelen ser los recursos físicos los que más fácilmente se pueden identificar y ubicar en un mapa. Además, la difícil imitación de los activos intangibles, es una de las razones por la cual las intervenciones comunitarias resultan ser difícilmente replicables en otros contextos, lo cual realza el valor singular que pueden aportar a su territorio. (Jeannotte, 2016)

En consecuencia, para valorar el concepto de “singularidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- El recurso es especialmente significativo para la mejora de mi salud o bienestar.
- El recurso o patrimonio es percibido como característico de la comunidad.
- Se trata de un recurso o patrimonio que forma parte de la historia o cultura del lugar.
- Se trata de un recurso que tiene elementos singulares/distintivos.
- El recurso o patrimonio fortalece la distinción del territorio al que pertenece.
- Los rasgos característicos del recurso (factor humano, servicios que ofrece) son difícilmente imitables o replicables.

### **9.2. Apropiabilidad (*Appropriateness/appropriation*)**

Según la RAE, todo aquello “apropiado” significa que está ajustado y es conforme a las condiciones o a las necesidades de alguien o de algo. Sin embargo, el verbo “apropiar” indica el acto de hacer algo como propio de alguien.

La identidad, de algún modo, depende de la habilidad para señalar u ocupar un espacio como propio. A través del fenómeno de la personalización de ese lugar, se comunica a los demás el sentido de identidad. (Aragonés y Amérigo, 2000)

En el marco de la relación entorno-persona, Perla Korosec-Serfaty abre el camino del interés de la psicología por el concepto de la “apropiación (*appropriation*)”, muy relacionado con el de

personalización. Poco después, David Canter preferirá referirse a este concepto con el término “apropiación del lugar” (Vidal *et al.*, 2004, p.32). Para Korosec-Serfaty (1976, como se citó en Vidal y Pol, 2005) la “**apropiación del espacio**” es un proceso dinámico de interacción de la persona con el medio. Es una actitud y no un proceso de adaptación (capacidad de apropiación o apropiabilidad). De esta forma, la apropiación no debe entenderse como la apropiación del espacio físico, sino de sus significados definidos socialmente. La persona no se vincula al espacio sino a lo que significa (Vidal *et al.*, 2004). Según los autores, este es un proceso dialéctico donde, por un lado, la persona transforma el espacio y deja su impronta (acción-transformación), y por el otro, ella y la sociedad se reconocen en el espacio a través de la interacción simbólica (identificación simbólica). Hidalgo (1998) puntualiza que «apropiarse de un lugar» implica actuar sobre él para adueñarlo y transformarlo, es el proceso por el cual hacemos nuestro un lugar. Pero además, la persona se hace a sí misma mediante las propias acciones. Como resultado a la apropiación del espacio están la identidad y el apego al lugar. (Vidal y Pol, 2005)

En el paradigma positivista de la ciencia, el término apropiación está asociado a la adquisición de algún bien. En la teoría de recursos y capacidades es particularmente utilizado el concepto de “**apropiabilidad**” para referirse al hecho de asumir la propiedad de los beneficios que generan los recursos. Sin embargo, no son pocos los autores que hablan de la apropiación para referirse a los valores de usos indirectos de los recursos.

Los seres humanos no necesitan estar o utilizar físicamente un recurso para valorarlo, y en un sentido psicológico, apropiarse de él



(Brown, 2008). Algunos estudios, como señala Hidalgo (1998), han sugerido que las personas valoran la existencia de algunos recursos, como los parques, incluso cuando no los usan. Para Gregory Brown (2008), el uso directo de los parques es solo un indicador parcial e incluso engañoso del valor real del (Brown, 2008). Rogger Ulrich y David Addoms (1981) en su estudio sobre los beneficios psicológicos y de recreación activa de los espacios naturales a través de cuestionario y entrevistas, observaron que los residentes calificaron como muy importantes los ítems «solo por estar ahí» y «simplemente tenerlos cerca». Los datos parecen sugerir que el mero conocimiento de la presencia del parque es un beneficio psicológico para los residentes independientemente del uso o la frecuencia con que lo usen. Como los autores concluyen, el mero conocimiento de la presencia de un objeto, una opción, un recurso, etc..., es suficiente para proporcionar un sentido de control percibido, que es un beneficio psicológico (González, 2001; Ulrich y Addoms, 1981).

Se entiende entonces, que la apropiabilidad depende de los valores de “no uso” o valores no instrumentales que otorgan las personas cuando valoran positivamente el hecho de que ese recurso esté presente por razones como por ejemplo el confort climático -del que hablaremos más adelante- o la preservación de la biodiversidad (Wang *et al.*, 2015). Se entienden también como “valores de opción” al considerar que, aquellas personas aunque no están utilizando actualmente ese recurso, quisieran mantener la posibilidad de poder utilizarlo en algún momento (González, 2001).

La apropiabilidad también incluye el valor indirecto, de uso por terceros, otorgado a un recurso que el individuo conoce a través del uso

de otras personas, y puede hacerlo incluso con un suficiente grado de comprensión, pero no le resulta suficientemente significativo como para hacer uso de él.

Lalli y Thomas en su escala *The Urban-identity Scale 20-ítems*: “Muchas cosas en la ciudad me recuerdan mi propio pasado”, “He tenido tantas experiencias que me he relacionado íntimamente con la ciudad”, “No puedo imaginar vivir en una ciudad diferente porque renunciaría demasiado a mí mismo” (Lalli, 1992, p.294).

Para Bonnefoy (2007), las apropiaciones desordenadas y transgresivas aparecerán en lugares excesivamente impersonales.

En consecuencia, para valorar el concepto de “apropiabilidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- He tenido tantas experiencias de uso del lugar o recurso que me siento relacionado con él.
- No imagino otro recurso sustitutivo.
- Lo use o no, considero positivo la existencia de este recurso por los beneficios que proporciona y/o las oportunidad de uso futuro.
- El recurso resulta importante para alguien cercano (familiar, amigo, conocido...) o terceras personas.

### 9.3. Apego

Hidalgo (1998) define concretamente apego al lugar como "un lazo afectivo que una persona o animal forma entre él mismo y un determinado lugar, un lazo que le impulsa a permanecer junto a ese lugar en el espacio y en el tiempo. La característica más sobresaliente es la tendencia a lograr y mantener un cierto grado de proximidad al objeto de apego." (p.51). Las personas sienten apego en un proceso de

vinculación afectiva, positiva y específica con los lugares con los que se relacionan.

Existen escalas específicas de medición del apego al lugar como la elaborada por Fornara *et al.* (2010) de cinco ítems tipo Likert refiriéndose al barrio: *“Este barrio es parte de mí”*, *“Sería muy difícil para mí dejar este vecindario”*, *“Este es el barrio ideal para mí”*, *“No me siento integrado en este barrio”* (Fornara *et al.*, 2010, p.182). Harris, Brown y Werner (1996), construyen una escala de apego al lugar referida particularmente a la residencia u hogar. Por medio del análisis factorial, identificaron tres factores relacionados con el apego a la residencia (identidad, arraigo y experiencia en el hogar), que son independientes y no conforman un constructo global: *“me siento seguro en el hogar”*, *“disfruto las cosas que hago en el hogar”*, *“disfruto estando con la familia en el hogar”*, *“siempre me siento bienvenido en el apartamento”* (experiencia); *“extrañaré mi apartamento cuando me mude”*, *“siento que el apartamento es una parte de mí”* (arraigo); *“el estilo del apartamento refleja mi identidad”*, *“las posesiones proporcionan conexiones con el pasado”* (identidad) (Harris, Brown y Werner, 1996, p.294). Hidalgo y Bernardo (2001) determinaron, como la forma más básica y característica del apego al lugar, el deseo de mantener la cercanía al objeto de apego. Esto puede asociarse con elementos de atracción, frecuencia de visitas y nivel de familiaridad. Es evidente entonces que el apego implica por un lado, la adecuación de los servicios a la finalidad que los usuarios esperan, y por otro, evaluaciones positivas de la calidad del recurso con respecto a otros alternativos. Es lo que Stokols y Shumaker (1981, como se citó en Hidalgo, 1998, p.48) definen como *“dependencia del lugar”* (Harris *et al.*, 1996).

Riger y Lavrakas (1981), diferencian 2 dimensiones del concepto de “apego”. Por un lado, la “**vinculación**” o apego social, identificada con la sensación de formar parte del lugar y la capacidad de distinguir entre residentes y extraños; y por otro lado, el “**arraigo**” o apego físico, relacionado con la sensación de propiedad y el sentimiento de duración e inmutabilidad (Hidalgo, 1998; Lalli, 1992; Riger y Lavrakas, 1981). Según Hidalgo (2014), en otro estudio anterior, Taylor, Gottfredson y Brower (1985) obtuvieron igualmente dos dimensiones o factores de apego: a uno le llamaron “arraigo e implicación”, que ella equipara con su apego físico, y un segundo al que denominaron “lazos locales”, equivalente al apego social.

Es observable que, tanto en la diserción de “apego” mostrada por los autores arriba mencionados, como de “identidad de lugar” de Lalli y Thomas, se habla de un subconstructo que es el arraigo o enraizamiento (“*rootedness*”). Según varios sociólogos, un aspecto principal del arraigo es la sensación de seguridad (en la familia, en el círculo de amigos y entre conocidos), que más adelante abordaremos con detenimiento. (Lalli, 1992)

En consecuencia, para valorar el concepto de “apego” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- Este lugar o recurso forma parte de mi vida diaria.
- El estilo del recurso o lugar refleja parte de mi identidad.
- Disfruto el recurso estando con otras personas de mi entorno.
- El recurso es percibido como propio de la comunidad.

## 10. DISEÑO

En la *tékhnē* griega del «saber hacer», proponía hacer objetos tanto útiles como bellos. Según la *kalokagathía*, lo bello era un valor que coincide con lo bueno [*decorum*] y «*honestum*» o «*bonum*»), y esto era igual a decir que los objetos son bellos y útiles [«*aptum*» y «*utile*»]. Sin embargo, Aristóteles ya planteaba una escisión entre la materia sensible e inteligible, si bien no fue hasta el Renacimiento cuando realmente se tendió a separar las llamadas artes-plásticas de las artes-mecánicas. En la época moderna, el pensamiento Kantiano separa la belleza subjetiva e inmaterial de la utilidad. En el siglo XIX, hablar de arte es hablar estrictamente de lo estético o lo-bello puramente. Sin embargo, en el siglo XX las fronteras entre arte y diseño se vuelven cada vez más porosas, y el intento de establecer una separación entre ambos campos resulta artificial y forzado. (Anderson, 2007)

Siguiendo las premisas del Interaccionismo Simbólico<sup>53</sup> (Carabaña y Lamo, 1978; Pons, 2010), el "diseño" y la "estética" son conceptos abstractos con diferentes significados según los diferentes observadores. Así lo muestra Macmillan (2004) en el ámbito del urbanismo y la psicología ambiental, al poner como ejemplo las diferentes perspectivas entre arquitectos y usuarios en el diseño de un

---

<sup>53</sup> El "Interaccionismo Simbólico" de George Herbert Mead se puede resumir en tres premisas básicas: 1) Las personas actúan y se comportan según el significado o imagen que las cosas tienen para ellos. 2) Estos significados se derivan de la interacción que la persona tiene con otros seres humanos y el entorno en un proceso bidireccional. 3) El observador escoge, organiza y dota de significado lo que ve y las imágenes de los objetos físicos son continuamente construidas y modificadas conforme al proceso interpretativo y a las nuevas experiencias. A su vez, la imagen desarrollada limita y acentúa lo que se ve, en tanto que la imagen misma es contrastada con la percepción y filtrada mediante un constante proceso de interacción. (Carabaña y Lamo, 1978; Pons, 2010)

edificio, donde los primeros se preocupan mucho más por la estética que los segundos, centrados más en la practicidad o utilidad. Utilizando nuevamente la referencia de la Real Academia Española se entiende por “diseño”, la configuración, traza, delineación o disposición de algo, y por “estética”, lo perteneciente y relativo a la percepción o apreciación de la belleza.

Países como Reino Unido y Estados Unidos han tenido una especial influencia en la teoría y práctica del diseño urbano (Nase *et al.*, 2015). El organismo encargado de defender en el Reino Unido la calidad del diseño desde principios de la década de los 2000, la *Commission for Architecture and the Built Environment* (CABE), asumió la tarea de recopilar la evidencia sobre el diseño y su impacto en los resultados sociales y económicos: Un buen diseño no afecta solo a la mejora estética de nuestro medio ambiente, sino también a la mejora de la calidad de vida, la igualdad de oportunidades y el crecimiento económico (Macmillan, 2006). Peiravian *et al.* (2014) ponen como ejemplo los diferentes beneficios de un adecuado diseño de la vía pública: un impacto esencialmente práctico, facilitando el desplazamiento a pie o por otros medios, un impacto social aumentando la interacción y el encuentro entre personas, un impacto en la salud fomentando un mayor nivel de actividad física, y un impacto económico debido al ahorro de costos públicos y de consumo, uso más eficiente de la tierra, habitabilidad de la comunidad y desarrollo económico. Cuando se juntan varias dimensiones relacionadas transversalmente con el diseño urbano (uso mixto, densidad, conectividad...), se observan mejoras probadas como la seguridad objetiva y percibida. (Macmillan, 2006)

Una dificultad ampliamente reconocida sobre los muchos beneficios asociados con un buen diseño es que son intangibles, y por tanto difíciles de medir, y esto hace que para quienes adquieren edificios sea difícil evaluar cuánto deben invertir para su (Macmillan, 2006). Los atributos físicos son los más considerados en los marcos de análisis de calidad de diseño, mientras que las características de gestión y sociales reciben una atención relativamente baja (Nase *et al.*, 2015).

En 1999, el Consejo de la Industria de la Construcción del Reino Unido, desarrolla una metodología que permite medir, evaluar y mejorar la calidad de diseños en edificios, si bien es de aplicación genérica para todo tipo de infraestructura, incluso espacios abiertos, y puede ser utilizada por cualquier observador interesado en ese diseño. Esta herramienta es el Indicador de Calidad de Diseño (*Design Quality Indicator* -DQI-). En la tabla 5.8 aparecen algunos ítems de análisis propuestos por esta herramienta. (Macmillan, 2013)

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Tabla 5.8: Algunos ítems de la herramienta de desarrollo DQI.**

- La forma del recurso es agradable
- El recurso está bien construido y organizado.
- El recurso aprovecha su orientación en el sitio.
- La forma y los materiales están bien detallados.
- Los materiales utilizados en el edificio se suman a su calidad.
- El uso del color y la textura mejora el disfrute del edificio.
- El recurso soporta y facilita el uso.
- La estructura del recurso es eficiente.
- El recurso se mantiene fácilmente y resistirá bien.
- El diseño del recurso ha respondido al microclima del entorno.
- Los acabados del recurso son duraderos.
- El recurso es fácil de limpiar.
- Hay suficiente luz natural en el recurso.
- Los niveles de iluminación artificial en el recurso son suficientes.
- El clima térmico en el recurso es suficiente.
- La calidad acústica es apropiada para su uso.
- La calidad del aire es apropiada para su uso.
- El recurso produce un bajo número de quejas reportadas por los usuarios.

Fuente: Adaptado de "Design Quality Indicator as a tool for thinking" (p. 327), por D.M. Gann, A.J. Salter y J.K. Whyte, 2003, *Building Research and Information*, 31(5).

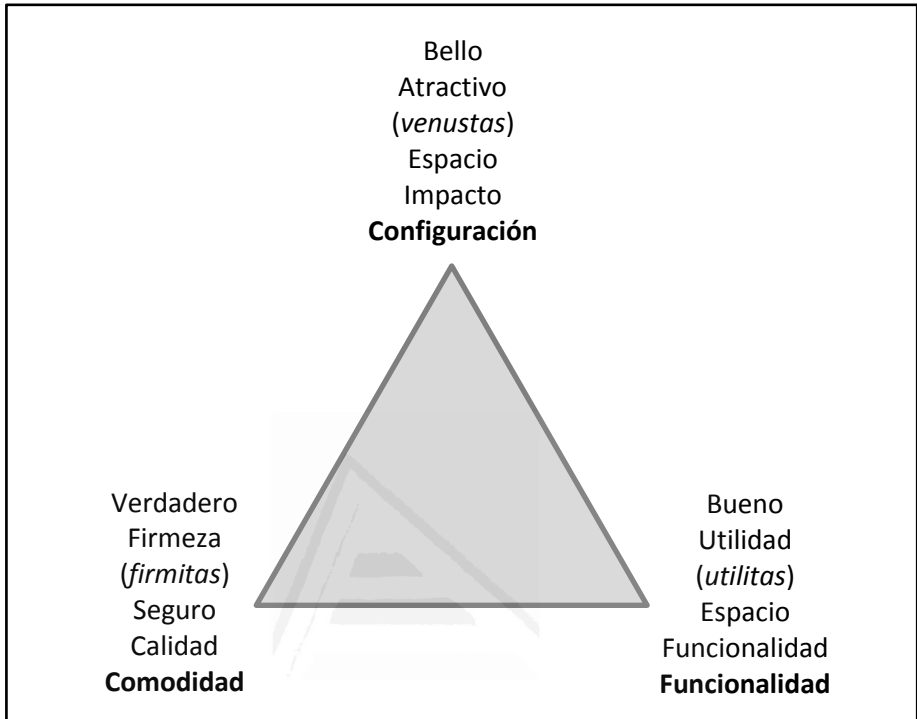
Basada en los tres principios que proponía en su tratado Vitruvio "*venustas -utilitas - firmitas*", que a su vez guarda paralelismo con los ideales de Platón de "*lo bello - lo bueno - lo verdadero*" esta herramienta ayuda a los observadores a considerar las dimensiones relacionadas con la calidad del diseño, mapea y registra estos atributos, tanto de manera cognitiva como estructural, en estos tres campos: impacto, funcionalidad y la calidad. En el lenguaje cotidiano, buscamos que los edificios sean agradables (carácter, belleza, forma y ambiente), útiles (funcionalidad, espacio, acceso) y seguros (en el sentido amplio de la palabra: firmeza, durabilidad, rendimiento). Los Indicadores del DQI no están orientados a definir un diseño absoluto y único de calidad, ni la



excelencia. Más bien, la calidad del diseño se refleja por múltiples puntos de vista de los diferentes grupos de observadores que analicen dicho diseño, y tales resultados no son comparables entre espacios. Las dimensiones de la herramienta DQI muestran la naturaleza multifacética de la calidad del diseño, donde con frecuencia muchas propiedades se encuentran superpuestas: por ejemplo, la iluminación en un edificio afecta a la funcionalidad del mismo, pudiendo mejorar el acceso y las áreas de trabajo, y a la vez, puede influir en el ambiente o bienestar en el uso del recurso. (Gann, Salter y Whyte, 2003; Macmillan, 2013)

Además del DQI, se han desarrollado otras metodologías similares, como la herramienta *Spaceshaper* (ver [www.dqi.org.uk](http://www.dqi.org.uk)) o la herramienta *Perceived Residential Environment Quality* (PREQ) (Fornara *et al.*, 2010). Carmona *et al.* (2008, como se citó en Nase, Berry y Adair, 2015) advierten del riesgo de tratar los marcos como dogma y reducir el diseño a fórmulas mecánicas. Dado que el diseño es específico del lugar, los autores argumentan que no hay respuestas correctas o incorrectas a los problemas de diseño; solo hay mejores y peores. La investigación ha defendido en gran medida que mejores soluciones de diseño acumularán valor para una gran variedad de partes interesadas, mientras que las peores soluciones están destinadas a generar costes adicionales (Nase *et al.*, 2015).

**Figura 5.19: Dimensiones del diseño.**



Fuente: Adaptado de *Designing better buildings. Quality and value in the built environment* (p.181), por S. Macmillan, 2004, Spon Press.

Siguiendo este planteamiento, en nuestra lista de verificación hablaremos de “**configuración**”, “**funcionalidad**” y “**comodidad**”, como se observa en la figura 5.19.

### 10.1. Configuración

La dimensión de “configuración” incluye aquellos factores que se refieren a la composición, organización del recurso y del espacio, forma y materiales, pero además el carácter y la belleza (la estética).

#### Características.

Esta categoría hace referencia a la infraestructura, tamaño, instalaciones, número y tipo de servicios, productos, o facilidades. Como ya se ha dicho, los recursos que proporcionan servicios o productos considerados de necesidad básica, adquieren un mayor calificativo como activos.

Moudon *et al.* (1997) definen estas facilidades como las condiciones especiales que permiten lograr algo o alcanzar un fin con menor esfuerzo. En su investigación sobre la integridad vial (o «*completeness*»), analizan los factores de extensión y distribución de las vías, además del factor infraestructura (instalaciones-características) que influyen en dicha integridad. Sin entrar en detalle en sus resultados, los autores observan que la comodidad aumenta con la integridad vial, y disminuye cuando la infraestructura (instalaciones) es discontinua (Moudon *et al.*, 1997).

Las instalaciones deben procurar facilitar el uso para toda la población, independientemente de sus capacidades individuales. Nos referimos por ejemplo, a las instalaciones de acceso al recurso o funcionamiento interno que respondan a objetivo del “diseño universal”. (Iwarsson y Ståhl, 2003)

Kaczynski, Portwarka y Saelens (2008) analizando los parques como espacios abiertos para la promoción de la actividad física, observaron que las instalaciones del parque eran más importantes que las comodidades en la percepción de los usuarios. (Kaczynski, Potwarka y Saelens, 2008; Koohsari *et al.*, 2015; Park, 2016)

Cuando se analiza un entorno escolar, la literatura recomienda describir contextualmente la investigación en cuatro posibles ámbitos: el barrio, el entorno próximo, el entorno inmediato, y el interior de los patios. Gran parte de la investigación del espacio escolar se centra en el patio donde los escolares se entretienen, juegan y socializan con otros compañeros. Generalmente se deben diferenciar tres zonas dentro de un patio: la zona tranquila, una zona semi-activa, y la zona activa. Estas tres zonas deben estar diseñadas con instalaciones e infraestructura adecuada a tales objetivos<sup>54</sup>. Se observa la importancia de encontrar en todos los patios una zona cubierta y/o estructuras de sombra, vegetación, mobiliario versátil, estructuras de juego libre (columpios o barras de equilibrios) o para actividades más sedentarias. Tales instalaciones mejorarán la experiencia de los pequeños si se incorporan superficies de diferentes texturas (materiales blandos naturales, sostenibles y/o permeables). (García, Leal y Urda, 2017)

Es sabido que todo espacio es más propenso a estimular la estancia en él o la actividad si mejora su estética y confortabilidad al incluir en su infraestructura algún tipo de elemento verde en lugar de dejar

---

<sup>54</sup> García, Leal y Urda (2017) en su guía de diseño de entornos escolares proponen las siguientes dimensiones de los patios escolares: un patio pequeño es el que tiene ratio de 0-3 m<sup>2</sup>/alumno, uno mediano aquel que tiene ratio de 3-10 m<sup>2</sup>/al, y un patio grande aquel que supera los 10 m<sup>2</sup>/al.

el espacio vacío (Kaczynski y Henderson, 2007). Son claros ejemplos de este modelo de diseño los casos mencionados de los patios de los colegios o los parques.

En esta configuración, las “cubiertas verdes” o también llamadas “cubiertas ecológicas”<sup>55</sup> son un tipo de sistema de construcción basado en añadir un acabado vegetal en las edificaciones que comporta un mantenimiento mínimo y bajos requerimientos hídricos. Se han demostrado los beneficios ambientales y sociales de este tipo de edificaciones al mejorar el aislamiento térmico y acústico, el metabolismo urbano al mitigar la contaminación y la fijación de CO<sub>2</sub> y partículas; además de resultar un mecanismo de control de la biodiversidad y de nuevos espacios de colores y (MITMA, 2012. p.44).

Es también importante valorar el factor tamaño de estos espacios. Así por ejemplo, Giles-Corti *et al.* (2005) en referencia a los espacios abiertos<sup>56</sup>, consideran el tamaño un factor incluso más importante que otros valores como el atractivo, insinuando que los

---

<sup>55</sup> El Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana (2012) propone la siguiente ecuación de medición de “cubiertas verdes”:  $CB_{verdes} (\%) = [\text{superficie en m}^2 \text{ de cubierta verde disponible} / \text{superficie total en m}^2]$ . Considerando oportuno un valor mínimo del 10% de cubierta verde, en relación al resto de superficie del recurso. Otra medición alternativa es la llamada “Percepción Espacial de Verde” (PEV%) = [superficie con un volumen verde superior al 10% / superficie total], y calculado el volumen visual como igual al ancho calle multiplicado por el largo calle y por 8 metros de altura.

<sup>56</sup> En Moseley *et al.* (2013) se puede visualizar una revisión exhaustiva sobre estas diferentes indicaciones según diferentes instituciones. A modo de ejemplo, el Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana (2012) indica que la dotación mínima de espacio verde por habitante debe de ser de 10m<sup>2</sup> y de forma deseable más de 15m<sup>2</sup>/hab. Según el Natural Spaces in Urban Places, es recomendable aproximadamente unas 2 ha de espacio verde a no más de 300m de cualquier domicilio; o según el *National Playing Fields Association*, un tamaño de 2,4 ha para cada 1000 habitantes. Saelens *et al.* (2006) utilizan en su estudio la siguiente distinción: parques pequeños (aquellos menores de 5 acres), parques moderados (de tamaño entre 5 y 50 acres), y parques grandes (mayores de 50 acres).

espacios más grandes suelen tener mayor infraestructura y resultan ser más atractivos (Giles-Corti *et al.*, 2005).

En definitiva, para uno u otro lugar, el propósito es conseguir la máxima utilidad posible del espacio disponible, por medio de una organización o distribución de las diversas instalaciones de la manera más eficiente, y empleando los elementos más adecuados, garantizando la funcionalidad y la comodidad, pero también la durabilidad y la sostenibilidad, conceptos que trataremos más adelante.

### **Estética.**

Estética viene del latín «*aestheticus*» que significa «se percibe por los sentidos». De esta definición se deduce que la condición básica de la estética es la subjetividad. La RAE, la define como perteneciente o relativo a la percepción o apreciación de la belleza. Sin embargo, como refiere Étienne Souriau, no todo lo estético es bello, y tal reduccionismo conceptual se debe a la amplitud de su campo de acción y la dificultad terminológica. La estética es el ámbito donde se conectan los entes físicos y sensibles con los valores. Partiendo de lo que se percibe, hay en el individuo una valoración, una actitud de adhesión o de rechazo. Así se puede entender que todo fenómeno tiene una dimensión estética, en cuanto todo para nuestra sensibilidad puede originar un sentimiento. En otras palabras, todo lo percibido puede ser pensado a través de la estética. La belleza por lo tanto es sin lugar a dudas un valor estético, pero no es el único.

En el caso del diseño vial y la planificación urbana, Gehl afirma que se ha propagado en las grandes ciudades un urbanismo de muros largos y cerrados, pocas puertas, secciones de vidrio estériles que

indican «seguir adelante», dando a los peatones numerosas buenas razones para rendirse e irse a casa (Gehl, 2010). Sin embargo, hoy en día las personas esperan algo más que un simple recorrido desde su casa hasta su destino (Naharudin, Ahamad y Mohd, 2017).

En el estudio de movilidad de la ciudad de Vitoria-Gasteiz (España), se ha llegado incluso a clasificar la tipología de recursos según su atractivo<sup>57</sup>. Según esta clasificación, los recursos valorados con un atractivo nulo son considerados usos de tierra disuasivos de la habitabilidad y de la caminabilidad (Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona, 2007). Según otro estudio de Moudon *et al.* (2006) los umbrales de entornos atractivos incluían dos o más tiendas minoristas, de comestibles, o restaurantes a menos de 1 km de los observadores; mientras que los entornos disuasivos se caracterizaban por tratarse de usos de oficinas o más de cinco escuelas dentro de 1 km.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

<sup>57</sup> Clasificación de recursos según su atractivo: Muy alta-(5): Tiendas de ropa, jugueterías, muebles del hogar, pastelerías, cafeterías; Alta-(4): Tiendas de muebles de oficina, agencias de viajes, peluquerías, centros comerciales ; Media-(3): Bancos y oficinas, servicios técnicos, escuelas, consultas médicas; Baja-(2): Talleres , tiendas de piezas de recambios, intermediarios, concesionarios de coches; Nula-(1): Industria manufacturera, depósitos y almacenes. Sin presencia de personas jurídicas. (Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona, 2007).

En consecuencia, para valorar el concepto de “configuración” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- La estructura del edificio es eficiente y consigue la máxima utilidad del espacio disponible.
- El recurso está bien compuesto/organizado permitiendo que el total de la población haga uso de él (diseño universal).
- El recurso es suficientemente espacioso para el uso esperado o servicios a los que está destinado.
- El recurso aprovecha su orientación en el sitio.
- El recurso ha respondido al microclima del entorno.
- Se observan elementos que evocan naturalidad (percepción visual de verde superior al 20% del espacio total del recurso).
- El recurso tiene la infraestructura (instalaciones y elementos materiales) suficientes.
- La forma y los elementos empleados están bien detallados y elegidos con precisión.
- Los elementos utilizados (color, texturas, flora...) mejoran el disfrute del recurso.
- El recurso produce una buena primera impresión.
- En general, este recurso es atractivo.

## **10.2. Funcionalidad**

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, se define como “funcional” todo aquello que está diseñado u organizado atendiendo, sobre todo, a la facilidad, utilidad y comodidad en su empleo.

Como apunta Fisk (1996, como se citó en Macmillan, 2006, p.260) refiriéndose a los espacios de trabajo, poco significa decir que «la forma sigue a la función» cuando la función puede ser muy variable a lo largo de la vida de un edificio. La idea de un diseño perfectamente



optimizado para el primer uso parece inconsistente con el desarrollo sostenible en un mundo que cambia rápidamente. El diseño se convierte en una evaluación de las opciones que se dejarán abiertas, y no las opciones para cerrar, cumpliendo una función que procure la flexibilidad dentro de la estructura del recurso. Ahora bien, un recurso puede ser **flexible** en sus funciones permitiendo realizar una actividad en lugar de otra, o también, puede **multifuncional**, es decir, que posea la capacidad de desempeñar diferentes cometidos o competencias. A continuación vamos a desarrollar estas dos categorías:

### **Flexibilidad.**

En el contexto actual de constantes cambios sociales y tecnológicos, y con de comunidades diversas y pluralistas, el diseño urbano y arquitectónico ha tendido a generar espacios o recursos que con frecuencia resultan estáticos y rígidos. En este contexto volátil, el diseño debe proporcionar espacios que se adapten a las necesidades, demandas y expectativas del usuario, y a la diversidad socio-cultural (De Paris y Lopes, 2018; Sinclair, Mousazadeh y Safarzadeh, 2012).

En Israelsson y Hansson (2009) la flexibilidad es de definida como la capacidad de cambiar y adaptar un recurso a actividades alteradas a través de su entorno físico y administrativo. Como resultado del análisis factorial que realizan en su trabajo, identifican diversos factores en la flexibilidad en edificios<sup>58</sup>, entre los que subrayan la importancia de la concienciación de los diferentes protagonistas. En este

---

<sup>58</sup> Análisis factorial en el estudio de Israelsson y Hansson (2009) sobre la flexibilidad en edificios: materiales (11%); prefabricados (15%), planificación y vida útil (16%), instalaciones (18%), implicaciones financieras (20%), y concienciación o aspectos de sensibilización (20%).

sentido, el arquitecto y teórico holandés N. John Habraken, iniciador del movimiento de participación en la «arquitectura de variedad viva», afirma que, los espacios flexibles se crean a través de la conciencia de todos los involucrados y, por lo tanto, es importante integrar a todos los actores mejorando así el proceso de toma de decisiones. (De Paris y Lopes, 2018; Israelsson y Hansson, 2009)

Sin perder la perspectiva arquitectónica, la flexibilidad se puede entender como la polivalencia o indeterminación estructural de cualquier espacio, desempeñando diferentes funciones o configuraciones sin un cambio en la forma misma, para proporcionar una solución óptima a las demandas cambiantes de los usuarios (De Paris y Lopes, 2018). Esto significa que el edificio no es neutral y autónomo en relación con sus usuarios y contexto, y que más bien está vivo y ecológicamente sinérgico con su entorno. Por lo que se llega a hablar sobre la «resiliencia» de los edificios (Sinclair *et al.*, 2012).

Sinclair *et al.* (2012) utilizaron el concepto de “construcción abierta” para examinar la agilidad, adaptabilidad y adecuación del diseño, e investigaron las nociones de flexibilidad "espacial", "funcional" y "estética" para establecer un sistema sostenible y organizado (Cavalliere, Dell’Osso, Favia y Lovicario, 2019; De Paris y Lopes, 2018). En el caso de la “**flexibilidad estética**”, los autores hacen referencia a la proactividad del recurso de revisar y adaptar su identidad o carácter (Sinclair *et al.*, 2012).

La “**flexibilidad espacial**” es la capacidad de un recurso de adaptar su espacio y sus elementos a diferentes situaciones o necesidades, manteniéndose dentro de la misma función o funciones.

En el ámbito arquitectónico general, esta idea se basa en los conceptos de *Stichting Architecten Research* y el modelo de vivienda tradicional japonesa, empleados por arquitectos influyentes como N. John Habraken: las paredes deslizantes, plegables y movibles pueden cambiar la disposición del espacio y brindan a los usuarios un mayor control sobre de utilización (De Paris y Lopes, 2018; Sinclair *et al.*, 2012). En esta misma línea, Habraken (1998, como se citó en Sinclair *et al.*, 2012, p.36) distingue entre soporte y relleno, donde el primero se refiere a lo que no puede cambiar, mientras que el relleno es lo que el usuario puede decidir y actuar libremente. Según este arquitecto, el problema de los espacios rígidos es que generan mayores costes de modificación después de la construcción. Además, la literatura demuestra que la inversión inicial añadida que supone crear un espacio flexible se amortiza con las primeras medidas de reparación y mantenimiento.

Los aspectos medibles que influyen en gran medida en la flexibilidad y por lo tanto, en el valor de utilidad, son según Zivkovic y Jovanovic (2012): la orientación del recurso, el tamaño y geometría del terreno (dispersa vs. compacta), la estructura del edificio, y la posición que ocupan los servicios o instalaciones generalmente inmovibles (Zivkovic y Jovanovic, 2012). En un reciente estudio, Cavelliere *et al.* (2019) plantearon formulaciones matemáticas para seis criterios de diseño que influyen en la flexibilidad de un edificio, y son: modularidad de la estructura; la regularidad geométrica o reducción de las restricciones (cuanto más compacto sea el espacio mayores posibilidades de reasignación futura y multifuncionalidad); ubicación de

los servicios técnicos; ubicación de las ventanas; elementos de construcción extraíbles o retirables; y particiones móviles internas.

Un instrumento práctico para evaluar la capacidad adaptativa de los ha sido desarrollado por Geraedts (2016). El método de evaluación, llamado FLEX 4.0, se basa en la teoría de John N. Habraken sobre el soporte y relleno (Cavalliere *et al.*, 2019; Sinclair *et al.*, 2012). Los 147 indicadores propuestos inicialmente se sometieron a análisis por panel de expertos. De esta manera, de los 44 ítems que componen el instrumento FLEX 4.0, sólo 12 ítems tienen una aplicación general a cualquier edificio<sup>59</sup>, mientras que los restantes ítems son específicos a recursos particularmente de oficinas o escolares (Geraedts, 2016).

La “**flexibilidad funcional**” implica la flexibilidad espacial aunque va más allá y se refiere a la capacidad de adaptación del recurso para incorporar nuevas funciones. Sinclair *et al.* (2012) la definen como la capacidad del “relleno” para permitir el desarrollo y la acomodación a diferentes usos con un menor coste de adecuación. Macmillan (2006) dice que la funcionalidad de un recurso debe ser la flexibilidad dentro de la estructura.

Para la flexibilidad funcional, tres características son importantes: programa, productividad y valor: “*el recurso acomoda una amplia gama de programas/servicios en un espacio singular*”

---

<sup>59</sup> Ítems generales del FLEX 4.0 de Geraedts (2016): flexibilidad del espacio o sitio excedente que permita su expansión (preferiblemente que sea superior al 30% de todo el terreno); la posición de obstáculos inamovibles que permita la reorganización y la satisfacción de las demandas cambiantes de los usuarios (preferiblemente que la presencia, por ejemplo de columnas, sea menor del 10%); la modularidad de las instalaciones y la tipología de los componentes, si son de soporte del edificio o de relleno (cuantos más componentes pertenezcan al relleno, más fácil será reorganizar o transformar las funciones).

(multifuncionalidad); “el edificio promueve el uso constante y óptimo del espacio”; “el recurso aprecia a los usuarios del espacio adecuándose a sus requisitos que pueden cambiar con el tiempo”. (De Paris y Lopes, 2018; Sinclair *et al.*, 2012)

La flexibilidad funcionalidad nos introduce en el concepto de multifuncionalidad. Así hay recursos que están configurados para atender una única función, como es el caso por ejemplo de una panadería, y hay recursos que tienen un carácter multifuncional porque desarrollan distintas funciones. Cuando estas no se pueden dar de forma sincrónica porque compiten en tiempo y espacio en el uso del recurso, puede ser posible que el recurso las ofrezca de forma no simultánea, gracias a su flexibilidad funcional. Este puede ser el caso de un espacio cerrado que puede cumplir la función principal de uso deportivo (polideportivo), pero también puede ser utilizado para desarrollar actividades musicales, culturales... (Fornara *et al.*, 2010)

### **Multifuncionalidad.**

Como se acaba de referir, la multifuncionalidad hay que entenderla como la capacidad de realizar varias funciones tanto simultáneamente como de forma asincrónica.

Como ya se ha indicado anteriormente la multifuncionalidad de un recurso puede manifestarse a partir de una mayor flexibilidad funcional. Es el caso del ejemplo ya citado del polideportivo, o el de una iglesia en la que también se desarrollen actividades culturales (conciertos, etc...).

En otros casos, por las propias características del recurso, estos diferentes usos se pueden atender de manera simultánea, por razón de

su tamaño y/o la disponibilidad de diferentes espacios que se puedan dedicar a diferentes usos. Un ejemplo de recurso claramente multifuncional, que ha sido objeto de muchos estudios sobre la planificación urbana salutogénica, son los parques. Estos entornos naturales son capaces de proporcionar oportunidades de recreo además de práctica deportiva o relaciones sociales, a la vez que ofrecen biodiversidad y una infraestructura sostenible que contribuye a la adaptación y mitigación del cambio climático (Fornara *et al.*, 2010; Natural England, 2010). Una posible medición, de la multifuncionalidad y la valoración de los parques, es a través del índice de entropía de Shannon -que se explica en el apartado de diversidad-. De esta manera, el índice incrementa cuando el parque tiene más funciones (instalaciones o servicios, vegetación...) o por tener una equidad/uniformidad entre estos valores (Wilson *et al.*, 2012). Hay estudios que clasifican los parques en distintas categorías según diferentes características y utilidades: los parques integrales, de gran escala y con abundantes instalaciones recreativas para actividades al aire libre; los parques comunitarios que ofrecen ciertos servicios para las actividades físicas de los residentes; los parques temáticos, con instalaciones específicas (infantiles, jardines botánicos, zoológicos, lugares históricos...); o los parques con forma de cinturón, que son aquellos que se extienden estrechamente a lo largo de las vías urbanas. (Li *et al.*, 2017).

Otros ejemplos de multifuncionalidad pueden ser el de un centro comercial, grandes almacenes o incluso los huertos ecológicos o los patios de un colegio. Respecto a los patios de los colegios, García *et al.* (2017) considera indispensable esta condición de heterogeneidad de

funciones en estos espacios que, en ocasiones, son reducidos. Los llamados huertos ecológicos, no solo son funcionales por facilitar el desarrollo de una actividad al aire libre, en espacios tranquilos y diferentes al bullicio de la ciudad, sino que también pueden contribuir a la sociabilización y a la Promoción de la Salud propiciando la adopción de adecuados estilos de vida (ejercicio físico, alimentación saludable...) (Mittelmark *et al.*, 2017, p.163).

En una última instancia, todo ámbito en el que un individuo desarrolla una actividad, puede ser susceptible de interpretarse desde distintos aspectos funcionales. Un ejemplo es la vivienda cuya función principal es proporcionar un refugio, como medio de protección frente a la agresión externa. Sin embargo, más allá de esa función, por ejemplo Bonnefoy (2007) define la vivienda como un espacio de espera, una envoltura física y psicológica dentro de la cual aparecerá y se desarrollará la intimidad y donde cada individuo encontrará la oportunidad de ser él mismo. Así, lo que es solo una casa se convierte en un hogar. Incluso en el caso de recursos unifuncionales donde la actividad principal implica también la interacción con otras personas, siempre pueden derivarse funciones secundarias y obtenerse otro tipo de beneficios adicionales. Este puede ser el caso de los gimnasios o salas de musculatura donde además de la práctica deportiva pueden dar lugar al desarrollo de relaciones sociales, pero de ahí no inferimos que se trate de un recurso que tenga un carácter de multifuncional. Otra cuestión sería que la práctica deportiva se realizase por medio de una asociación en la cual existe una doble función claramente orientada a la participación o interacción social (p.ej. un club de montañismo).

Finalmente, cualquier recurso logrará una mejor valoración externa como activo cuando los servicios o actividades que ofrece se adecuen a diferentes momentos del día, llegando a un mayor público objetivo.

En las organizaciones empresariales, asociacionales o institucionales se referiría por ejemplo a la compatibilidad con el turno laboral o la vida privada-familiar de las personas. En recursos de ocio, como puede ser el polideportivo, se refiere a la disponibilidad temporal en diferentes momentos del día (un ejemplo actual es la tendencia de algunos gimnasios que ofrecen servicio las 24 horas del día). Si se trata por ejemplo, de grupos de trabajo sobre intervención comunitaria, es fundamental que busquen adecuarse a los requerimientos de las personas interesadas en participar, permitiendo a los participantes sentirse conectados y valorados como miembros (Dötterweich, 2006).



En consecuencia, para valorar el concepto de “funcionalidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- Las instalaciones del recurso son apropiadas para atender las funciones objetivo.
- La configuración del recurso proporciona flexibilidad para su adaptación a circunstancias cambiantes en su uso.
- El recurso dispone de una infraestructura modular que promueve el uso constante y óptimo del espacio.
- El recurso se puede adaptar para desarrollar diferentes funciones de forma no simultánea.
- El recurso ofrece una amplia disponibilidad horaria de sus servicios, o se adecua a necesidades específicas de sus usuarios.
- El recurso ofrece simultáneamente diferentes oportunidades o funciones.

### 10.3. Comodidad

La comodidad es la cualidad de lo que es cómodo, conveniente u oportuno, facilidad y proporcionado. En inglés, la comodidad se traduce como “*amenity*”, “*convenience*” (facilidad, conveniencia) o como “*comfort*” (confort). La comodidad de un recurso, es sinónimo de lo agradable que supone para el individuo que lo usa. Por eso, en la literatura es habitual encontrar referencias similares con los conceptos anglosajones de *friendliness* y *pleasantness*, en referencia a los lugares y recursos que son amigables o apacibles para los usuarios u observadores. Mejorar el atractivo visual es uno de los objetivos, por ejemplo, de la planificación urbana de «vida activa» (Faskunger, 2013, como se citó en Mittelmark *et al.*, 2017, p.173).

El confort de un recurso puede ser medible por diversos indicadores que transversalmente coinciden con otras dimensiones ya mencionadas en este trabajo. En definitiva, un recurso que valoramos como activo para la salud es un recurso que identificamos como agradable y/o conveniente para nuestra salud o, por lo menos, no perjudicial. Es un indicativo fiable de la calidad del recurso aunque, por su propia naturaleza, subjetivo de cada individuo.

Cuando nos referimos a espacios abiertos, el confort es resultado de las condiciones ambientales que se derivan de la temperatura, la iluminación, el ruido, la calidad del aire y las condiciones climatológicas (la lluvia y el viento) además de la orografía (Badland *et al.*, 2014; Saelens *et al.*, 2006; Smith *et al.*, 1997; Turrell *et al.*, 2013). Estas condiciones podrán moldearse a través de las características mencionadas en la configuración del diseño. Es lo que ocurre por ejemplo con los elementos verdes, los cuales además de por criterio estético, son importantes para el bienestar individual y el confort climático. El trabajo de Bjork *et al.* (2008) identifican las dimensiones conceptuales que se relacionaban con la presencia de verde o naturalidad de los espacios, entre las cuales están los conceptos de silvestre o exuberante (riqueza en la biodiversidad adecuada a las posibilidades del recurso), el concepto cultural (recogiendo la esencia humana del recurso), y el de serenidad o tranquilidad (silencio o sonidos tenues). En un mundo urbanizado, de bullicio, de continua actividad y de abrumadora celeridad, la adjetivación de tranquilidad es altamente apreciada por los usuarios, como así lo refleja la guía sobre la “Naturaleza Cercana” del Natural England (2010).

En todo caso, las personas pasan hasta el 90% de su tiempo en espacios interiores (el hogar, el trabajo, espacios de ocio...), y se entiende que su calidad de vida esté mediatizada en gran medida por la calidad del ambiente interior, razón por la cual una amplia literatura analiza el confort interno de los espacios cerrados. Tradicionalmente, el confort se ha estudiado desde la perspectiva del entorno físico y la fisiología de su ocupante, principalmente en términos de cuatro factores: confort higrotérmico, confort acústico, calidad del aire y confort visual (Valderrama-Ulloa *et al.*, 2020). El índice de la calidad ambiental interna (*Indoor Environmental Quality -IEQ-*) evalúa el espacio interior de cualquier edificio, considerando algunos de estos factores. Un ambiente interior insatisfactorio a largo plazo está asociado con el llamado “Síndrome del Edificio Enfermo” (SBS). Este es un término aplicado a los edificios cuyos ocupantes experimentan molestias psicofísicas solo por estar en ellos. Aunque este síndrome parece manifestarlo con más frecuencia las mujeres, un reciente estudio no encontró correlación significativamente estadística según el género para la totalidad de los factores mencionados (Kraus y Novakova, 2019; Valderrama-Ulloa *et al.*, 2020).

Numerosa literatura ha demostrado con evidencia consistente que los factores mencionados no solo tienen efectos directos sobre la salud psico-física de las personas sino también en la productividad en el trabajo y el rendimiento en cualquier actividad (Valderrama-Ulloa *et al.*, 2020). Es ampliamente aceptado que tal rendimiento se ve afectado negativamente por la mala calidad del aire interior y los bajos niveles de confort térmico, particularmente la incomodidad causada por temperaturas superiores al rango de confort normal (Macmillan, 2006).

Un ejemplo muy estudiado, es la exposición de las escuelas a entornos con altos niveles de ruido y la relación negativa con el rendimiento y la salud física y/o mental de los niños (Aragonés y Américo, 2000, p.93).

La mejor manera de garantizar un entorno interior adecuado es eliminar o al menos minimizar tales factores y gestionar su distribución (Kraus y Novakova, 2019). Sin embargo, Hertzberg *et al.* (1993, como se citó en Macmillan, 2006, p.260) identifican que una mejora sustancial de dichos factores tampoco supone un incremento proporcional de la comodidad y el rendimiento, por lo que parece necesario identificar los niveles adecuados a estos factores físicos.

A continuación se presentan algunas referencias para valorar el factor ruido, la calidad del aire (olor), el confort térmico (temperatura), y confort visual (iluminación y color).

Vivimos en un mundo de ruidos y gran parte de nuestra experiencia está relacionada con **el sonido**. Nuestro sistema auditivo está siempre abierto, recibiendo de forma continuada estímulos e informaciones sonoras de las que no podemos sustraernos. Las principales propiedades acústicas de las ondas sonoras son la frecuencia<sup>60</sup> y la intensidad. Sin embargo, la sensación sonora o respuesta del oído no es lineal a estos aspectos y para su valoración objetiva se recurre a una magnitud logarítmica, medida en decibelios (dB), estando el umbral absoluto de audición entre 0 y 140 dB, que corresponde al umbral de dolor. Ahora bien, aunque el sonido puede ser

---

<sup>60</sup> La frecuencia representa el número de ciclos de variación de presión por segundo, y se expresa en hercios (Hz). Nuestro sistema autivo está limitado por la frecuencia y solo percibe aquellas situadas dentro de un rango entre 20 y 20.000 Hz

definido mediante estos parámetros físicos, numerosos estudios han mostrado que estos índices no explican suficientemente la gran variabilidad de la respuesta sentida ante un mismo nivel de sonido. Es por esto que el “**ruido**” se define como todo sonido no deseado o considerado molesto y desagradable. Por lo tanto, es relevante el componente subjetivo, y las características vinculadas con la situación en la que se percibe el sonido. Algunas investigaciones han constatado la importancia de la adecuación entre el sonido y el contexto, o congruencia del sonido con lo esperado y apropiado al aspecto y función del lugar (Augoyard, 1992, como se citó en Aragonés y Amérigo, 2000). El diseño modula el sonido, armonizando o distorsionando el espacio.

En esta línea de investigación hay una amplia cantidad de estudios que tienen como objetivo traducir a índices acústicos las respuestas subjetivas al ruido, siendo el índice acústico más utilizado el “Leq día-noche” (*Equivalent Sound Pressure level* día-noche). Con el fin de aproximar las medidas físicas a la experiencia subjetiva de la audición, los nuevos aparatos de medición se expresan en decibelios ponderados “A” (dBA), considerándose que 65 dBA es un nivel crítico (Aragonés y Amérigo, 2000). Según el estudio de movilidad y espacio público en Vitoria-Gasteiz (2007), una calle puede considerarse confortable si el nivel entre las 7 y 22 horas no supera los 65 dBA (MITMA, 2012. p.11).

Las actividades que implican la percepción de la palabra, aquellas que exigen altos grados de atención y concentración, y muy particularmente el sueño, se ven especialmente interferidas por niveles de exposición superiores a los 40 dBA. De forma ideal, en el caso del sueño, los niveles de ruido no deberían sobrepasar los 35 dBA. En el caso

de la comunicación verbal, la emisión de la voz por la mayoría de los sujetos se sitúa en los 55 dBA, y por tanto se recomienda que el ruido ambiental no supere este nivel para que no afecte a la comprensión. (Aragonés y Américo, 2000)

Otro factor ambiental de importancia en nuestro confort psicológico y fisiológico es el de la **calidad del aire**. Una parte de la literatura que lo estudia en relación con el bienestar físico, mental e incluso social-conductual de los individuos, tiene que ver con la contaminación atmosférica del aire externo. Según el Consejo de Europa (1967, como se citó en Aragonés y Américo, 2000) “el aire se considera contaminado cuando la presencia de una sustancia extraña o una variación notable en la proporción de sus componentes sea tan acusada que pueda causar efectos y molestias perjudiciales” (p.81). Un espacio abierto se puede considerar confortable con una concentración en superficie de NO<sub>2</sub> menor de 35 µg/m<sup>3</sup> y de PM<sub>10</sub> menor de 20µg/m<sup>3</sup>. Aquellos que presentan concentraciones de NO<sub>2</sub> entre 35 y 40 µg/m<sup>3</sup> y de PM<sub>10</sub> de entre 20 y 30 µg/m<sup>3</sup> se consideran insatisfactorios, mientras que niveles superiores se consideran perjudiciales (MITMA, 2012. p.11).

La calidad de aire en espacios cerrados resulta igualmente importante en el confort percibido por los usuarios u observadores del recurso. Según Aragonés y Américo (2000), los estudios realizados indican que los espacios con baja calidad del aire (humo del tabaco, mala ventilación...), favorecen estados de desagrado, irritabilidad y fatiga.

Una percepción fácilmente constatable de la calidad del aire es el olor. El sentido del olfato es junto con el gusto los dos sentidos químicos con los que asociamos muchas experiencias con asociaciones de calidad y confort. Con estos sentidos somos capaces de predecir la calidad de un producto (p.ej si un alimento es apto para nuestro consumo), incluso nos permiten reconocer lugares u objetos con los que anteriormente hemos interactuado (identificar el olor de nuestro hogar o espacio de trabajo, recordar un alimento de nuestra infancia). Ningún otro sentido como el del olfato tiene la capacidad de conexión con las áreas del cerebro que procesan las emociones, el aprendizaje asociativo y la memoria (Herz, 2016).

La memoria del olor es una característica central de la cognición olfativa y se puede dividir en dos procesos cognitivo-perceptivos distintos: Uno es la capacidad de reconocer y recordar si hemos olido un olor antes y, el segundo son las asociaciones con recuerdos que se desencadenan por los olores ("la magdalena de Proust"). (Herz, 2016; Jellinek, 2004)

El beneficio del sentido olfativo parece aportar mejoras en la comodidad, afecto, autoestima, optimismo o sentido de la vida, en mayor medida que otros sentidos como el visual, e incluso más del doble las experiencias musicales positivas del sentido auditivo. Y dado que, como también se ha demostrado, los recuerdos evocados por olores tienden a ser positivos, los olores pueden ser especialmente útiles para mejorar los estados de ánimo. De hecho, Matsunaga *et al.* (2011, como se citó en Herz, 2016, p.4) observó que las fragancias que evocaban recuerdos producían una emoción más positiva, un estado de ánimo de mayor comodidad y felicidad y una disminución de la ansiedad respecto

a otros olores, si bien los recuerdos evocados por el olor también pueden provocar emociones desagradables.

En el cuestionario que emplearon Möhlenkamp *et al.* (2019) se midió la calidad del aire percibida por medio de los calificativos de: "fresco" y "rancio".

Comparado con la amplia variación de **temperatura** existente en el mundo, el rango compatible con la vida del ser humano es muy estrecho. La exposición a temperaturas adecuadas en el medio es de suma importancia para nuestro bienestar y supervivencia, y el frío y el calor son cualidades subjetivas que se sustentan en procesos fisiológicos bien diferenciados. La salud se puede ver particularmente afectada por las temperaturas extremas mantenidas o cambios repentinos de temperatura ambiental.

Los vínculos entre temperaturas extremas y morbi-mortalidad han sido asociados con enfermedades respiratorias y cardiovasculares, y con un mayor riesgo para las personas mayores, debido a su diferente percepción sensorial y condiciones térmicas óptimas (Basu y Samet, 2002, como se citó en Cleary, Raeburn, West y Childs, 2019).

Los cambios de temperatura son otro tipo de estresante ambiental frente a los cuales los órganos del cuerpo humano se activan o neutralizan como respuesta. No son pocos los estudios que, junto a la calidad del aire, relacionan el factor térmico con el llamado Síndrome del Edificio Enfermo. Particularmente se habla del síndrome del aire acondicionado cuando se produce una afección en el confort térmico por la brecha o diferencia de temperaturas entre el aire interior y



exterior al lugar, originando cambios en la piel, en el sistema nervioso, el sistema digestivo, o el sistema respiratorio. (Xiong *et al.*, 2016)

Los efectos de la temperatura pueden no ser inmediatos. Un estrés térmico repetido o mantenido (por ejemplo especialmente en personas de edad avanzada) puede desembocar en una respuesta de defensa cardiovascular que, a su vez, puede conducir a hipertensión, según el estudio de Johnson y Anderson (1990, como se citó en Xiong *et al.*, 2016). La evidencia incluso ha sugerido que el ambiente térmico influye en la ingesta de alimentos, aumentándola, o disminuyéndola, a temperaturas ambiente por debajo, o por encima, de la zona termoneutral (Refinetti, 1988, como se citó en Richardson, Li, Gohlke y Allison, 2018).

Numerosas investigaciones han tratado establecer el rango de temperatura vinculado con la percepción de confort si bien, según se desprende de algunos estudios, el bienestar térmico depende también de otros elementos tales como la humedad, el aire, etc... y no afectan por igual a todas las partes del cuerpo (las partes más críticas son la cabeza y los pies). En todo caso, se estima que la temperatura óptima se halla alrededor de los 23°C, como así se indica en una revisión bibliográfica sobre estudios de confort térmico y rango entre 20-26°C (Aragónés y Américo, 2000; Möhlenkamp *et al.*, 2019). En Richardson *et al.* (2018) se indica que el rango termoneutral de una persona vestida que realiza trabajo de oficina sentado varía de 14.8 °C a 24.5 °C (Richardson *et al.*, 2018). Seppänen, Fisk y Lei (2005, como se citó en Valderrama-Ulloa *et al.*, 2020) mostraron que por cada aumento de temperatura, a partir de los 25°C había una reducción del 2% en el

rendimiento de los empleados. No encontraron sin embargo diferencias significativas entre los 21 y 25°C. Por otro lado, los cambios abruptos de temperatura, en particular, si se alejan de la temperatura normal, se experimentan con gran placer (Aragonés y Américo, 2000).

El potencial de un activo se puede valorar en función del número de horas de confort al día respecto a la franja de horas útiles generalmente entre las 8:00h – 22:00h. En referencia al espacio abierto, una calle por ejemplo se puede considerar confortable térmicamente<sup>61</sup>, en al menos un 50% de las horas útiles (8hrs), una persona se encuentre en un rango de nivel térmico de confort de entre +50 y -50W/m<sup>2</sup>; un confort suficiente (7,5 a 9 horas al día), y un confort excelente (12 horas al día). Por lo tanto los espacios que permitan más de 8hrs/día de confort se encontrarán en una situación satisfactoria. En temporada de invierno, se recomienda un mínimo del 30% de las horas útiles del día (más de 4h) en niveles de confort (MITMA, 2012. p.11).

Finalmente, otra dimensión que configura el ambiente de un recurso es la **percepción visual** que se puede analizar a partir del color y la iluminación de los espacios.

Se establece una relación entre el confort y los colores al estar relacionados con los significados psicológicos y sentimientos emocionales (Clarke y Costall, 2008). La hipótesis del tono-calor utiliza la distinción psicológica entre «colores cálidos» (para longitudes de onda aproximadas al extremo rojo del espectro visual) y «colores fríos» (para

---

<sup>61</sup> Balance confort térmico (Ministerio de Fomento. 2012): se interpreta como “mucho calor” más de +150 W/m<sup>2</sup>; sensación de “preferir más fresco” entre +150 y +50 W/m<sup>2</sup>; percepción de “confortable” entre +50 y -50 W/m<sup>2</sup>; sensación de “preferir más calido”: entre -50 y -150 W/m<sup>2</sup>; y percepción de “mucho frío” cuando es menos de -150 W/m<sup>2</sup>.

longitudes de onda aproximadas al extremo azul del espectro visual) tratando de relacionar el confort térmico con la percepción visual (Baniya, Tetri, Virtanen, y Halonen, 2018). Sin embargo, la investigación existente que pretende demostrar dicha proposición es ambigua. Además, las diferentes metodologías empleadas en los estudios dificultan la comparabilidad y la capacidad de extraer resultados concluyentes. (Wang, Liu, Hu, y Liu, 2018)

En un estudio experimental reciente, se analizó la percepción sensorial de la temperatura, la frecuencia cardíaca y la percepción de confort. En dicho estudio se empleó la escala de sensación térmica de siete puntos ASHRAE/ISO. Los resultados indicaron que tanto la percepción térmica como el confort se veían influenciados por los colores extremos. Para colores neutros, se observaron pequeñas diferencias con el efecto del negro, blanco y violeta para los diferentes ambientes térmicos estudiados, concluyendo que su influencia no es significativa. Como era de esperar, los participantes sintieron que los colores fríos eran más satisfactorios en ambientes cálidos, mientras que los colores cálidos eran más amigables en ambientes fríos. El blanco y el púrpura se vuelven más satisfactorios cuando se eleva la temperatura. Además, el blanco resultó ser el color preferido entre todos los analizados (azul, verde, negro, púrpura, amarillo, rojo y blanco). La razón podría ser que la mayoría de los ambientes interiores en los que habitan son blancos y tenían una adaptación a este color. Otros estudios indican que los colores de longitud de onda larga, como el rojo y el amarillo, son más excitantes que los colores de longitud de onda corta como el azul y el verde. (Wang *et al.*, 2018)

La luminosidad es el parámetro psicofísico que hace referencia a la percepción subjetiva de la iluminación. La cantidad de energía luminosa necesaria para provocar el umbral de la sensación visual depende, de la misma manera que el confort térmico, no solo de la intensidad de luz sino también del tiempo de exposición. En una presencia prolongada se requiere menor intensidad que si la exposición es breve. Ha sido objeto de estudio la relación entre características luminosas y confort ambiental tanto interior como exterior para determinar las condiciones más adecuadas (físicas, espaciales y subjetivas) (Valderrama-Ulloa *et al.*, 2020). En interiores, los ambientes más apreciados son los que presentaban iluminación sobre la mesa de trabajo y, a la vez, un cierto grado iluminación sobre las paredes de la sala (Aragonés y Amérigo, 2000).

En todo caso se establece como regla estándar se considera una adecuada iluminación cuando es posible identificar un rostro a 15 metros de distancia (MINVU, 2003). Por otro lado, y como veremos a continuación, el grado de iluminación de un espacio o recurso es además un factor relevante en la sensación de seguridad percibida por la mayoría de sociedad, y visiblemente más importante para las mujeres.

En consecuencia, para valorar el concepto de “comodidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- La forma del recurso es conveniente, agradable o apacible.
- El recurso genera un bajo número de quejas reportadas por los usuarios.
- El recurso y sus instalaciones dan una apariencia general de un adecuado mantenimiento.
- El recurso se ve cuidado, limpio y ordenado.

*En referencia a la calidad acústica:*

- La calidad acústica es apropiada para el uso y comodidad del recurso.
- El recurso es tranquilo o tiene espacios que transmiten serenidad.
- El recurso no permite un nivel de exposición al ruido mayor de 55 dBA entre las 7 y las 22 horas.
- El recurso no permite un nivel de exposición al ruido mayor de 35 dBA durante la noche.

*En referencia a la calidad del aire:*

- La calidad del aire es apropiada para el uso y comodidad del recurso.
- La calidad del aire externo es adecuada (técnicamente:  $< 40 \mu\text{g}/\text{m}^3$  NO<sub>2</sub>  $< 35 \mu\text{g}/\text{m}^3$  y de PM<sub>10</sub>  $< 20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ).
- Se respira un ambiente fresco y agradable en el lugar.
- Las fragancias de olor en el espacio son confortables.

*En referencia al temperatura ambiental del recurso:*

- La temperatura ambiental del recurso es adecuada para su uso (técnicamente de 20 a 26°C, o un balance de energía de -50 y 50 W/m<sup>2</sup>).
- La temperatura ambiental del recurso es adecuada durante más de 8h al día en verano.
- La temperatura ambiental del recurso es adecuada durante más de 4h al día en invierno.

*En referencia al confort visual:*

- El recurso es adecuado por su iluminación y colores escogidos.
- Hay suficiente luz natural en el lugar.

## 11. SEGURIDAD

El entorno modela nuestra vida cotidiana, nuestra actitud y comportamiento, limitando o facilitando acciones o relaciones, a la par que nosotros interaccionamos con él, lo transformamos y le damos sentido y significado con nuestra propia actividad. Este resultado de simbología, actitudes o sensaciones, se estructura creando nuestra propia imagen o “mapa mental” del entorno en el que actuamos. Y como es lógico, la imagen que creamos de un entorno tiene repercusiones importantes sobre la sensación de seguridad o inseguridad experimentada individual y colectivamente. Esta percepción a su vez influirá en el uso que la comunidad hace del entorno y sus recursos, generándose así una compleja dinámica de mutua influencia que acaba estigmatizando algunos sitios o estimulando la frecuencia de uso de otros (Aronson *et al.*, 2007; Fraile, 2007).

En un estudio realizado en la ciudad de Granada (España) sobre el entorno urbano y las actitudes y percepciones de los peatones, Talavera-García y Valenzuela-Montes (2017) concluyen que los factores más valorados son los aspectos relacionados directa o indirectamente con la seguridad, tales como el alumbrado público y la limpieza o mantenimiento. A estos les siguen los factores relacionados con aspectos estructurales, estéticos-atractivo, y la presencia de espacios públicos y zonas verdes. Estos últimos factores los trataremos más adelante.

Los datos respaldan que las personas que viven en entornos seguros y amigables pueden ser más activas (Kahlert y Schlicht, 2015). Es por esto que tanto la ciudadanía, pequeños y mayores, como técnicos y

proveedores de servicios comunitarios, consideran la seguridad como una condición fundamental para que la comunidad haga uso de los recursos y espacios del entorno (Yoo y Kim, 2017).

Con frecuencia, al hablar de seguridad bajo la terminología inglesa, se discierne entre “*security*” que podría entenderse como los aspectos de protección que configuraran la “seguridad objetiva”, y “*safety*” que por otro lado es la “percepción de seguridad” que una comunidad tiene sobre un territorio o espacio determinado.

Gallego y Martínez (2013) definen la “seguridad objetiva” como “el conjunto de sistemas de protección de la vida y los bienes de los ciudadanos ante los riesgos o amenazas provocados por distintos factores” (p.1). Se refiere a la protección de individuos, organizaciones y propiedades contra amenazas externas que pueden causar daño. Este enunciado vincula la seguridad con los factores sociales de respeto a la vida, la integridad física y patrimonial, y el libre ejercicio de las libertades económicas, políticas y sociales necesarias para el normal funcionamiento de la sociedad y la comunidad. Es por esto que el concepto de “*security*” hay que estudiarlo desde una mirada más amplia que la mera «protección frente a la delincuencia».

Por otro lado, la “seguridad subjetiva” es la sensación de protección que tiene un individuo ante riesgos que puedan ocasionarse en un futuro que es incierto. Esta percepción genera en la comunidad una simbología arquetípica de roles, expectativas y estigmatizaciones. En este punto, Gallego y Martínez (2013) se refieren fundamentalmente a las cuestiones de información-desinformación y de confianza. Ya se ha hablado de la importancia de la información-desinformación de los

recursos y sus servicios para su mejor comprensibilidad por parte de la comunidad. Para conseguir mayor confianza, estos autores apuntan a “fomentar la participación y responsabilidad de la comunidad, involucrándola en la recuperación y diseño del espacio, para así reforzar la identidad con él” (Gallego y Martínez, 2013, p.6).

Como en otras categorías expuestas, la concepción y percepción de seguridad condiciona y a su vez se ve condicionada por otras dimensiones arriba mencionadas. Así por ejemplo, los entornos más seguros son los que llamamos democráticos y se caracterizan por una distribución equitativa de servicios e infraestructuras que enriquezcan la mezcla de usos y combinación de actividades, y también que sea accesible y represente y favorezca la interacción social (Gallego y Martínez, 2013). Por otro lado, la seguridad está muy ligada al diseño urbano y el adecuado mantenimiento de sus recursos, con elementos que de seguridad o prevengan de posibles lesiones (Bedimo-Rung, Gustat, Tompkins, Rice, y Thomson, 2006). Así por ejemplo, la conectividad, la disposición de las calles y otros elementos de la planificación urbana, son factores determinantes en la seguridad frente al tráfico y el crimen (Shimura *et al.*, 2012, como se citó en Maass *et al.*, 2017). Y estas condiciones también mejoran la tendencia al desplazamiento a pie y la actividad física en espacios abiertos. (Maass *et al.*, 2017)

### **11.1. Seguridad objetiva (“security” o “protection”)**

Aunque la mayoría de trabajos estudian la seguridad objetiva desde el enfoque de la delincuencia o ausencia de delitos (Bedimo-Rung



*et al.*, 2005; Kyttä *et al.*, 2013; Weiss *et al.*, 2011), también hay referencias a esta cuestión en otros ámbitos como el de los “desiertos alimenticios” que propician la llamada «food (in-) security» (Bull, Mittelmark y Kanyeka, 2013; Díez *et al.*, 2017; Kirkpatrick y Tarasuk, 2010; Seguin *et al.*, 2015), o en el ámbito de la planificación urbana o estructural de los recursos que buscan reducir el riesgo de lesiones, como en el caso particular de los espacios públicos, escuelas, centros comerciales (Bedimo-Rung *et al.*, 2005; Bedimo-Rung *et al.*, 2006; Gallego y Martínez, 2013; García *et al.*, 2017), o en la consecución de la seguridad vial al referirse al conjunto de acciones, mecanismos e infraestructuras que garantizan una apropiada circulación del tránsito, adecuándose a unas normas de conducta (leyes, reglamento y disposiciones).

Entre los factores objetivos de la seguridad, Gallego y Martínez (2013) señalan las características sociodemográficas (clase social o lugar de residencia) y las condiciones ambientales entre las que destacan la visibilidad, la iluminación, el mantenimiento y limpieza, el tránsito en un entorno libre de obstáculos, o la actividad desarrollada en él, previniendo el riesgo de lesiones (Bedimo-Rung *et al.*, 2006; Gallego y Martínez, 2013). Una mayor visibilidad en un lugar promueve la vigilancia natural protagonizada por los propios usuarios, consistente en ver y ser visto, y esto disminuye indirectamente la probabilidad de que ocurran delitos de oportunidad. Singh (2016) identifica la baja iluminación como factor detractor de la sensación de seguridad y de otras dimensiones como la caminabilidad.

Como referencia institucional, el Ministerio de Interior, Vivienda y Urbanismo de Chile publica un manual (MINVU, 2003) con

recomendaciones y listas de chequeo para valorar la seguridad en la vivienda, espacios públicos y otros recursos, incluyendo algunos ítems que en este trabajo hemos considerado vincular a otras dimensiones.

- Transparencia entre espacio público y privado. → *inteligibilidad*.
- Existen mecanismos de protección y de seguridad (cámaras de vigilancia, seguridad en puertas y ventanas, cuerpos de seguridad,...)
- Hay una fácil visibilidad en el entorno del recurso. El recurso es un espacio iluminado que permite identificar un rostro a 15m de distancia. → *ambiente*.
- Mantenimiento y limpieza regular de las instalaciones: infraestructura, fachadas, equipamientos y otros elementos. → *mantenimiento*.
- Existen rutas peatonales alternativas de acceso al recurso. → *conectividad*.
- Existe actividad habitual en el espacio y su entorno.
- Hay señalización que identifica el lugar donde se encuentra y donde obtener ayuda de emergencia si así se requiere.
- Las normas de conducta están desarrolladas para garantizar un entorno seguro
- La infraestructura y su diseño mejoran la seguridad. → *diseño*.
- Incidencias de hechos delictivos medido en el tiempo y en función de la población (nº de robos, nº de homicidios y nº de muertes accidentales por cada 100.000 habitantes) (Páramo, Burbano y Fernández-Londoño, 2016). Es interesante conocer donde ocurren los hechos delictivos y su variación en el tiempo, identificando los momentos en los que ocurren y las características de los afectados o de los autores.
- No existen pruebas de vandalismo (grafitis,...)

En consecuencia, para valorar el concepto de “seguridad objetiva” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- Existen mecanismos de protección y de seguridad (cámaras de vigilancia, cuerpos de seguridad...).
- La infraestructura y su diseño previenen el riesgo de lesiones.
- El recurso y su entorno permiten una fácil visibilidad (identificar un rostro a 15 metros de distancia).
- Existen pruebas de vandalismo en el recurso y su entorno (graffitis, desperfectos...).
- Las normas de conducta están desarrolladas para garantizar un espacio seguro
- En el recurso o su entorno hay algún medio donde obtener ayuda de emergencia.
- Hay transparencia o campo visual entre el recurso y el exterior.
- En especial para los espacios abiertos...
  - Hay actividad y presencia durante la mañana (6-15h).
  - Hay actividad y presencia durante la tarde (15-22h).
  - Hay actividad y presencia durante la noche (a partir de las 22h).
- Ocurren con frecuencia hechos delictivos que inhiben la realización de algunas actividades potenciales del recurso.

### **11.2. Seguridad percibida (“safety”)**

Por otro lado, y como consecuencia de lo anterior, está la percepción que la comunidad tiene sobre la seguridad de su vecindario y los recursos que conforman la comunidad.

Por ejemplo, el temor a la delincuencia es un sentimiento personal definido por la probabilidad en que las personas creen que pueden ser víctimas de un delito (Gallego y Martínez, 2013). En el caso

de los vecindarios urbanos, la mayoría de los padres no están dispuestos a permitir que sus hijos menores estén solos a más de 300 metros de su hogar (Natural England, 2010), situación que no ocurre en las zonas rurales donde, a diferencia de los primeros, existe una mejor opinión de accesibilidad, mayor conocimiento de la infraestructura y confianza en sus habitantes, que incluso favorecen una vigilancia natural.

El motivo por el que muchas organizaciones sociales no tienen fuerza en las comunidades donde actúan es debido a que son percibidas bajo sospecha. Para Quintero, Álvarez y García-Yepes (2016) “cuando los niveles de participación de la ciudadanía son bajos, los niveles de desconfianza, acusación y prejuicios en contra de las organizaciones son altos” (p.42).

Hay estudios que han encontrado una relación estadísticamente significativa entre la seguridad vial y el tiempo de caminata en zonas urbanas y rurales; así por ejemplo Kerr *et al.* (2010) concluyen que la percepción de seguridad vial aumenta el tiempo de recorrido en 22 minutos al día.

Por otro lado, y paralelamente a la importancia de la visibilidad real como medida de transparencia y seguridad, está la percepción de “discreción” en el sentido de que el recurso respete los derechos individuales y su intimidad. Como refiere Fornara *et al.* (2010) “*En este barrio te sientes vigilado*” (p.179), “*En este barrio la gente no es intrusa*” (p.188).

Sirva como ejemplo los ítems sobre “seguridad percibida” incluidos en el documento publicado por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo de Chile:

- El recurso transmite confianza y seguridad para poder realizar las actividades potenciales.
- ¿Crees que alguno de estos factores afecta a la seguridad personal en el entorno del recurso? – sexo, religión, origen étnico, discapacidad, grupo de edad.
- No me siento observado
- El recurso no se encuentra en un entorno desangelado o solitario.
- Tengo buenas referencias acerca del recurso (conocimiento, información positiva...)
- En referencia a la inseguridad percibida por los hechos delictivos, puede ser interesante conocer el nivel de temor y características de la población más atemorizada (que no tiene por qué coincidir con los afectados), e incluso averiguar qué tipos de actividades se encuentran inhibidas por la percepción de inseguridad. (MINVU, 2003)

En consecuencia, para valorar el concepto de “seguridad percibida” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- El recurso transmite confianza y seguridad para poder realizar las actividades esperadas.
- La infraestructura y su diseño transmiten seguridad.
- Tengo buenas referencias acerca del recurso (conocimiento, información positiva...).
- No me siento observado.
- Factores como la edad o el sexo, el origen étnico o la religión, o la discapacidad, no afectan en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.

## **12. DIVERSIDAD**

Un término habitualmente utilizado en la literatura es el de complejidad, para referirse al número y variedad de elementos que contiene una realidad. Si bien, hay algunos estudios como el de Singh (2016) que utilizan el concepto «complejidad del lugar» para referirse a su riqueza visual (variedad del entorno físico, diversidad arquitectónica, variedad de elementos, mobiliario, señalización o actividad humana) (Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona, 2007; Singh, 2016), es cierto que se trata de un concepto que mayoritariamente adopta una connotación negativa de dificultad o complicación, siendo sinónimos de complejo: complicado, difícil, enredado, enrevesado, engorroso, enmarañado... Nosotros adoptamos el término “diversidad” porque transmite una connotación positiva y de igual modo contempla los aspectos de cantidad y variedad del objeto de análisis.

Particularmente en la evaluación de los recursos para la salud, la diversidad puede analizarse desde la perspectiva externa de su contexto o bajo la perspectiva interna del contenido del recurso.

La diversidad desde la perspectiva de contenido del recurso contempla tanto la cantidad como variedad del equipamiento u oferta de productos derivados de su función. A mayor diversidad interna, se considera que un activo para la salud es más valioso; por ejemplo la diversidad de frutas o verduras en una tienda de alimentación, la diversidad de vegetación en un parque, o la diversidad de actividades en una asociación cultural o en un complejo deportivo. En un apartado anterior, se ha hablado de multifuncionalidad para referirnos al número

de funciones o servicios que presta el recurso, en este caso nos referimos a la riqueza en la oferta de esas funciones.

Con la perspectiva de contexto, la diversidad hace referencia a la dotación en términos de número y heterogeneidad de recursos que ofrecen esa misma función, en una comunidad o territorio. En este sentido, se puede considerar que, a menor dotación de un recurso en un territorio, ese recurso adquiere mayor valor por razón de su escasez. Este hecho deber suscitar el interés de los responsables públicos, por incentivar la creación de una mayor oferta si es insuficiente o bien procurar su sostenibilidad o mantenimiento a largo plazo. Poniendo el ejemplo de las tiendas de alimentación tendrá más valor para la comunidad si en una distancia considerada de adecuada proximidad, no existe otro recurso que preste esa misma función.

La escasez aumenta el valor de los recursos pero el valor de un territorio en términos de una mejor habitabilidad aumentará cuando disponga de un mayor y variado número de recursos, siempre que estén presentes en equilibrio con otros usos del suelo. En su libro Gehl (2010) destaca la cantidad de puntos/nodos de la ciudad y su variación, como aspectos claves para proporcionar a los ciudadanos el mayor número posible de experiencias.

Desde el ámbito de la psicología ambiental, algunos autores defienden una mayor complejidad urbana, entendida como la diversidad de personas jurídicas (asociaciones, instituciones, etc...) o actividades/funciones de un recurso, por sus consecuencias positivas en el incremento y diversificación de los puestos de trabajo, la mejora de la

convivencia y el acceso a los servicios básicos (Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona, 2007; Underwood, Hackney y Friesner, 2015).

La “densidad” es un término ampliamente utilizado en la psicología ambiental y la planificación urbana. No así tanto en el ámbito de la salutogénesis, y mucho menos desde la perspectiva particular de los activos para la salud. Por los motivos que en este apartado se detallan, no existe evidencia científica que defina los criterios de densidad específicos en un territorio de un activo para la salud. Si bien, por ejemplo, la relación entre la densidad residencial y la propensión a caminar es bien reconocida, se desconoce un umbral mínimo necesario para atraer o fomentar dicho paseo (Lee, Moudon y Courbois, 2006).

Para valorar el nivel de activo de un recurso es fundamental observar la diversidad desde su contenido y desde su contexto. Desde cualquiera de las perspectivas, la densidad y uniformidad de un tipo de recurso en un territorio se puede conocer por medio del Índice de Diversidad adaptado de la teoría de la entropía y la fórmula de la diversidad de Shannon. Esta medida se ha utilizado para estudiar la diversidad en muchos campos, incluidos la economía (Índice de Theil), el transporte, la diversidad urbana y el uso mixto del suelo.

Shannon desarrolló por primera vez esta fórmula para medir la diversidad animal en un territorio concreto, contemplando el número de especies presentes (riqueza o variedad) y la cantidad relativa de individuos de cada una de ellas (abundancia), estableciendo si es equitativa o no la proporcionalidad de cada especie. Originalmente, Shannon entendía la diversidad como cada uno de los grupos en que se dividen algunas especies de plantas y animales y que se distinguen entre



sí por ciertos caracteres que se perpetúan con la herencia. En la fórmula de Shannon la "H" es la diversidad y su unidad es el bit de información por individuo. Según Shannon el rango de valor oscila entre 0 bits y 6/7 bits, considerando los tejidos de valor 7 como los de mayor complejidad urbana específica a un tipo de recurso, y los tejidos con un valor crítico los que se encuentran por debajo de 4 bits para un mínimo del 50% de la superficie (Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona, 2007; MITMA, 2012. p.34).

$$H = - \sum_{i=1}^S p_i \log_2 p_i$$

Donde: "S" es el número de especies; "P<sub>i</sub>" es la probabilidad de ocurrencia o proporción de individuos de la especie "i" respecto al total de individuos; "N<sub>i</sub>" es el número de individuos de la especie "i"

Desde la **perspectiva de contenido**, si se obtiene un índice bajo de diversidad, supondría decir que un recurso tiene poca variedad de equipamientos/productos o escasa "variedad de oferta" (hay uniformidad). Independientemente del número de funciones que un recurso pueda facilitar, también tiene interés analizar la riqueza de los diferentes productos de los que dispone para atender esa función. En tiendas de alimentos, una característica que resulta importante para el vecindario es la variedad de oferta de productos. Algunos estudios sobre los llamados "desiertos alimentarios" acuñan dicha definición a la falta de tiendas con una suficiente variedad de productos alimentarios, o que estos sean saludables (Díez *et al.*, 2017; Walker *et al.*, 2010). Si nos referimos a la densidad, hay numerosos estudios que han medido la

calidad de los parques por su “compacidad vegetal”, a partir de medidas como el Índice de Vegetación de Diferencia Normalizada (NDVI)<sup>62</sup> o el “Green View”<sup>63</sup>. Medidas de la “naturalidad” de los espacios abiertos que veremos en un apartado específico. (Leslie, Sugiyama, Ierodiaconou y Kremer, 2010; Tilt, Unfried, y Roca, 2007; Troped *et al.*, 2010; Yang, Zhao, McBride y Gong, 2009)

Desde la **perspectiva de contexto**, refiriéndonos al territorio en el que se encuentra el recurso, y bajo los criterios de “habitabilidad” y medición del urbanismo sostenible, se hace referencia al “uso mixto de la tierra”. Hay autores que hablan de patrones de uso, indicando cinco tipos: (1) área verde, (2) vivienda, (3) pública y comercial, (4) tráfico, y (5) área industrial (Kyttä *et al.*, 2013). Otros como Perchoux *et al.* (2016) prefieren referirse a estos espacios de actividad como áreas de exposición: (1) el espacio de residencia, (2) el espacio de residencia-trabajo, (3) espacio de residencia-servicio, (4) el espacio de residencia-recreo, (5) el espacio de residencia-social; y finalmente un área de exposición que abarca a las anteriores, es decir, el espacio de actividad total.

---

<sup>62</sup> El NDVI es un método de análisis por detección remota a través de la lectura por infrarrojos de la vegetación fotosintética presente en la superficie de la tierra. A pesar de ser ampliamente utilizado, no es capaz de lograr una concordancia de la medición objetiva por imagen satélite con las percepciones de los residentes. (Leslie *et al.*, 2010)

<sup>63</sup> *Green View*: La principal diferencia con respecto al NDVI, es que *Green View* mide el perfil vertical de un bosque urbano, por lo tanto, no solo la densidad sino su distribución. Una cubierta alta de vegetación (>40%) no siempre significa un alto valor de *Green View* si los árboles y arbustos no están distribuidos uniformemente o si la mayoría de ellos están bloqueados por edificios. Esto hace de la herramienta una medición más aproximada a la percepción. (Yang *et al.*, 2009)

Si traducimos el índice de “bio”-diversidad de Shannon al uso en el ámbito urbanístico, el Índice de Diversidad Urbana permitirá cuantificar la variedad o mixticidad de usos o funciones urbanas, el grado de centralidad o mayor concentración de la actividad (densidad/compacidad), y en algunos casos la madurez de un territorio y su competitividad, así como conocer la proximidad de la población a determinados servicios. Éste índice será más elevado cuantas más actividades, asociaciones e instituciones estén presentes y más diferenciados sean entre ellas (MITMA, 2012. p.34). En el caso de analizar el uso mixto de la tierra, se ha desarrollado particularmente el “Índice de diversidad de uso del suelo”<sup>64</sup> (Peiravian *et al.*, 2014), y se calcula midiendo el número de diferentes tipos de uso de la tierra, entre tres posibles: uso residencial<sup>65</sup>, comercial<sup>66</sup> y de oficina (Lu *et al.*, 2017).

Como ejemplo de análisis de diversidad, hay trabajos que se han interesado de manera específica por analizar los llamados desiertos alimenticios, respecto a la densidad de locales en un espacio determinado, o a la diversidad y calidad de los productos que estos

---

<sup>64</sup> *Índice de diversidad de uso del suelo*: El numerador en la ecuación se maximiza cuando los diferentes tipos de uso del suelo en la zona de estudio tienen proporciones iguales (por ejemplo, un área con 50% residencial y 50% comercial) y el valor final se acerca a 1, representando una distribución uniforme y diversa de los tipos de uso de la tierra. En consecuencia, un mayor LDI se traduce en un uso del suelo más diverso.  $LDI_i = E_i / \max(E_i)$ , donde  $0 < LDI < 1$ . (Peiravian *et al.*, 2014)

<sup>65</sup> *Densidad de vivienda*: una manera de analizar la densidad residencial en un territorio. Su valor mínimo se estima en 80 viviendas por hectárea, y preferiblemente superando las 100 viviendas/ha. Para garantizar la sostenibilidad, es recomendable que los gobiernos garanticen que entre el 20-50% de la superficie del piso residencial sea para viviendas de bajo costo. (UN-Habitat. 2015)

<sup>66</sup> *Densidad Comercial*: es entendida como la actividad en la calle procurando que supere los 20 locales por cada 100m (Ministerio de Fomento. 2012) o se llegue a un 40% del vecindario para uso económico. (UN-Habitat. 2015)

recursos (tiendas de comestibles, supermercados, restaurantes...) ofrecen. La escala ampliamente utilizada es la “*Nutrition Environment Measures Survey*”<sup>67</sup> (NEMS) específica para restaurantes (NEMS-R) y para tiendas de conveniencia (NEMS-CS), analizando la disponibilidad – diversidad- de productos saludables, su coste y calidad.

Otro instrumento es el “*Retail Food Environment Index*” que mide la densidad de restaurantes de comida rápida y tiendas de conveniencia según el número total de tiendas de comestibles y otros comercios de venta de alimentos en una zona determinada. La distancia estándar utilizada en varios estudios es de 0.5 millas para áreas urbanas y de 5 millas para áreas rurales (United States Department of Agriculture, 2009).

En consecuencia, para valorar el concepto de “diversidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- Desde la *perspectiva de contenido*... El recurso presenta la cantidad y variedad de instalaciones u oferta de productos suficiente para prestar adecuadamente su función. (5 o más opciones/variedades o índice de diversidad de Shannon mayor de 4 bits)
- Desde la *perspectiva de contexto (barrio/vencindario)*...
  - Hay escasez del recurso.
  - Existe una dotación adecuada (el recurso atiende a una densidad poblacional de 220-250 hab/ha en un radio de 800m).

---

<sup>67</sup> “*Nutrition Environment Measures Survey*” (NEMS) mide la diversidad de establecimientos de alimentación incluyendo estándares como la variedad de oferta (0 variedades = 0 pts; <5 variedades = 1 pt; 5-9 variedades = 2 pts; 10-11 variedades = 3 pts), el coste y la calidad de los productos (menos del 25% aceptable = 0 pt; 25-49% aceptable = 1 pt; 50-74% aceptable = 2 pts; más del 75% aceptable = 3 pts).

### 13. PÚBLICO

Según el diccionario de la Real Academia Española, “público” se define como: (a) dicho de una cosa accesible a todos o conocido por todos, y (b) perteneciente o relativo al Estado o a otra Administración.

Con respecto a la propiedad de los recursos, estos básicamente pueden ser de titularidad pública o privada. Nos referimos como titularidad o propiedad a la posesión de la autoridad legal necesaria para controlar el recurso. Generalmente, se utiliza la expresión «de dominio público» o “demanio” en referencia a todos bienes de propiedad del Estado o de alguna otra Administración Pública (Ayuntamientos, Comunidades Autónomas...). Según el Art. 6 de la Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas, cualquier recurso de titularidad y dominio público deben presentar los siguientes caracteres: son inalienables, inembargables e imprescriptibles, y han de destinarse obligatoriamente al uso general o servicio público. También existen los llamados bienes patrimoniales que, siendo de titularidad de las administraciones públicas no tienen el carácter de demaniales, luego puedan ser adquiridos, gravados y transmitidos, y no necesariamente están destinados al uso general.

La idea fundamental que nos interesa analizar bajo el concepto de “público” es la posibilidad del uso general de un recurso. La “Carta del Espacio Público” del programa UN-Habitat (2015) de las Naciones Unidas define los espacios públicos como “todo lugar de propiedad pública o de uso público accesible y disfrutable a todos gratuitamente o sin ánimo de lucro” (p.6).

En este sentido, y desde la perspectiva económica, se distinguen entre bienes “públicos”, “comunes”, o “privados” o “monopolios naturales” (Mankiw, 2004, p.95), de acuerdo con dos criterios relacionados con su modo de uso: que pueda ser excluible y que pueda existir rivalidad. Un bien es excluible cuando es posible impedir que lo utilice algún individuo; un bien es rival cuando su uso por parte de una persona disminuye las posibilidades de uso por otra (¿la utilización del recurso por un determinado usuario reduce la capacidad de ser usado por parte de otros?) (Mankiw, 2004).

Así, se entiende por bienes “públicos” aquellos que no son excluibles ni rivales, porque no se puede excluir a nadie de su disfrute y porque el uso por un usuario no impide que lo puedan utilizar otros en las mismas condiciones. A priori vienen a la cabeza numerosos ejemplos de bienes públicos, tales como los parques, las bibliotecas o escuelas públicas, el alumbrado de las calles, la seguridad nacional, o el uso de carreteras sin peaje.

Sin embargo, desde el punto de vista económico, pocos recursos cumplen los requisitos de no rivalidad y los ejemplos se suelen referir a aquellos bienes de carácter intangible (p.ej. la seguridad pública) o a aquellos recursos físicos con capacidad de uso disponible (p. ej. un parque, carreteras o centros de salud no congestionados). Otros recursos públicos físicos, al tratarse de un recurso de dominio público no son excluyentes, pero si pueden llegar a plantear rivalidad en su consumo cuando tengan un alto grado de ocupación. Estos casos se denominan bienes públicos “comunes”, y aquí incluiríamos los recursos naturales, el medio ambiente, espacios abiertos como las vías de tránsito (plazas, calles, carreteras) y los que requieren un espacio físico

edificado como centros de cultura, escuelas, bibliotecas etc... cuando no disponen de capacidad libre de uso. (Mankiw, 2004)

Generalmente, los recursos de propiedad pública suelen ofrecer garantías más estables de acceso y disfrute en el tiempo, debido a que están menos sujetos a los cambios de gestión de su propiedad privada (UN-Habitat, 2015). Además, los espacios públicos ofrecen una accesibilidad más igualitaria y universal, mejorando la convivencia y la vida colectiva y diversa de la comunidad (UN-Habitat, 2015, p.6).

Sin embargo, por ejemplo en el caso del diseño urbano, en ocasiones, se tiende a una fragmentación espacial y social por medio de la privatización del espacio con la creación de áreas residenciales privadas. Este modelo está desacertadamente justificado por una búsqueda de la selección social y por mejorar la seguridad. Por el contrario, se ha demostrado que trae consecuencias negativas al limitar la interacción social, aumentando el individualismo y constituyendo un factor de exclusión y ruptura de la cohesión y la equidad social (Gallego y Martínez, 2013).

La OMS establece que para lograr un urbanismo ecológico que garantice la convivencia y el bienestar individual y social, debe haber como mínimo 10 m<sup>2</sup> de espacio público por habitante o vivienda para un mínimo del 50% de la superficie del suelo urbano con el objeto de lograr un equilibrio entre los espacios dedicados a la funcionalidad y la organización urbana y aquellos espacios orientados al ciudadano y su estancia. El «Espacio Público de Estancia» es aquel que, por sus características morfológicas y funcionales, permite la interacción entre personas o la interacción de éstas con el entorno de carácter público y

accesible: espacios verdes, plazas, calles de peatones, espacios interiores de manzana, bulevares, ramblas y aceras mayores de un ancho específico (5m) que permiten que dos personas puedan pararse a establecer un diálogo sin estorbar el paso de los peatones (MITMA, 2012. p.13).

Dentro de la connotación de público, la “**privacidad**” es sin duda una necesidad del ser humano que aparece explícita o implícitamente en gran parte de nuestros comportamientos. A pesar de que el campo de la investigación de la privacidad ha generado una gran cantidad de literatura, todavía hoy es constatable un cierto nivel de confusión. Ello posiblemente es debido a que este concepto ha sido analizado desde campos tan diversos como la antropología, la sociología, la psicología o el derecho y la política. Inicialmente pueden considerarse dos acepciones comúnmente reconocidas: a) la idea de estar solo o alejado físicamente de otras personas, al controlar selectivamente la interacción social, y b) la regulación efectiva de la información ofrecida o recibida de los demás. En este sentido Archea (1977), entiende la privacidad como un proceso de distribución de la información donde el “acceso visual” -o capacidad para inspeccionar el entorno inmediato- y la “exposición visual” -capacidad de exponerse a la vida de otros-, son dos elementos claves. Por otro lado, Newell (1994, como se citó en Aragonés y Américo, 2000, p.124) define la privacidad como una “separación del dominio público, voluntaria y temporal, y dentro de la cual el Estado, como representante de este dominio público, no puede justificadamente inmiscuirse” (p.36). Sin embargo, la privacidad debe entenderse como un concepto más amplio que va más allá de los límites geográficos.



Un recurso activo para la salud puede ser aquel en el que se garantice algún tipo de privacidad que preocupe al usuario, incluso más allá de la tradicional concepción de aislamiento o reclusión; así por ejemplo, atendiendo a las seis manifestaciones o formas de privacidad que Pedersen (1979, 1982, 1997, como se citaron en Aragonés y Amérigo, 2000) identifica: soledad (sensación directa de encontrarse solo en una situación donde existe gente alrededor), aislamiento (implica alejarse del resto de gente), anonimato (involucrarse en una situación social determinada sin permitir ser identificado), reserva (control de la información de carácter personal en una interacción social), e intimidad (respecto a un grupo).

En consecuencia, para valorar el concepto de “público” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- La utilización del recurso por un determinado usuario reduce la capacidad de ser usado por otras personas.
- La oferta del recurso o criterios de acceso permiten excluir entre los potenciales usuarios a los que está dirigido.
- Acerca de la *privacidad*... El recurso permite el anonimato o cierto grado de intimidad cuando el usuario así lo requiere.

## **14. SOSTENIBILIDAD**

A la hora de valorar la capacidad de un recurso para constituirse en un activo para la salud y, de este modo, contribuir al mantenimiento y mejora del bienestar de los individuos, hemos estado hablando, entre otras dimensiones, de su utilidad, oportunidad de uso, accesibilidad, configuración, seguridad o diversidad, referidas a la realidad actual del recurso en su relación con sus potenciales usuarios. Pero lo relevante no es sólo que la comunidad disponga ahora de activos valiosos, lo importante es que esa comunidad pueda disponer de estos recursos valiosos en el futuro próximo y también en el futuro menos inmediato. Esto va a depender de la durabilidad del recurso en su configuración actual, pero también de su sostenibilidad en el tiempo y capacidad de adaptación a los cambios de contexto que se puedan producir en los ámbitos tecnológico, económico, social, político e incluso medio-ambiental. Y ello es especialmente importante en un contexto como el actual que se caracteriza por su complejidad, rapidez de cambio y un alto grado de incertidumbre que, en muchos casos, va a dificultar la identificación de esa dirección de cambio.

En la cumbre de las Naciones Unidas en Río de Janeiro (1992), sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, se definió el concepto de «desarrollo sostenible» como un sistema que busca un equilibrio entre tres procesos de desarrollo que coexisten: el económico, el social y el ambiental (Ruiz y Orozco, 2016). El concepto de “sostenibilidad” responde al principio de finitud frente a un desarrollo ilimitado y desequilibrado. Según Giobelina (2014) “en un planeta finito es utópico e irracional plantear un consumo y un crecimiento infinito” en cualquiera de sus variables. Por otro lado, en esta misma cumbre se

establece como principio la relación bidireccional de la sostenibilidad con la salud: “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” (Naciones Unidas, 1992).

De la misma manera que se entiende la salud como un insumo importante para el desarrollo sostenible, la OMS también recoge que la sostenibilidad producirá, aunque no automáticamente, más salud y menos riesgos (Evans, Hills y Orme, 2012). La sostenibilidad en todos sus niveles organizacionales es garante de la salud medio-ambiental y determinante de la salud pública actual y de futuras (Ruiz y Orozco, 2016). Además, la evidencia demuestra que la llamada «economía verde» también puede desempeñar un papel importante en la mejora de la equidad. Evans *et al* (2012) mencionan que una de las claves del desarrollo sostenible es la relación entre la justicia social (equidad), la salud y el bienestar, ya que adoptar este enfoque significa que los grupos más vulnerables en nuestra sociedad estarán en mejores condiciones para resistir las presiones sociales, económicas y climáticas. Así, la Estrategia de Desarrollo Sostenible del Reino Unido «Asegurando el futuro» define el desarrollo sostenible como "el desarrollo que ofrece una sociedad fuerte, sana y justa dentro de los límites ambientales a través de los medios de una economía sostenible, buen gobierno y ciencia sólida" (DEFRA, 2005; Evans *et al.*, 2012).

En ocasiones, se confunden los conceptos sostenibilidad con el de sustentabilidad. La principal diferencia es que el primero aboga por el equilibrio, mientras que el segundo defiende un proceso exclusivamente orientado a preservar y proteger los recursos medio-ambientales, con

objeto de durabilidad y beneficio de las generaciones presentes y futuras, pero sin tomar en cuenta las necesidades económicas socio-culturales y políticas actuales (Giobelina, 2014). Resulta interesante de este segundo concepto la idea de durabilidad de los recursos, sinónimo de estabilidad: “cualidad de mantenerse sin peligro de cambiar o desaparecer” según la RAE.

En este sentido, la durabilidad de un recurso dependerá de la condición física del lugar (mantenimiento) y de la actividad humana, en la medida en la que su funcionamiento u organización dependa de ella. Dötterweich (2006) encontraron que las asociaciones más efectivas eran las que tenían una clara estructura organizativa y desarrollaban trabajos colaborativos que les permitía lograr un impulso sostenido.

Por lo tanto, un primer aspecto que determina la continuidad del recurso en el ejercicio de su función es su viabilidad técnica derivada de su configuración actual como determinante de su durabilidad y de las necesidades de “**mantenimiento**” de sus instalaciones, pero también del sostenimiento de su funcionalidad en el tiempo a pesar de los cambios que puedan producirse en el contexto al que presta servicio, o por razones de obsolescencia al aparecer nuevas formas de resolver la misma necesidad que el recurso está atendiendo. Así por ejemplo, un quiosco de venta de prensa escrita o una cabina telefónica, pueden ser recursos valiosos para ofrecer accesibilidad a la información y comunicación social, pero el desarrollo generalizado de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, TICs, pueden restar interés a estas formas tradicionales de atender estas necesidades, al menos para una parte, creciente, de la comunidad (Dötterweich, 2006). En la propia herramienta DQI se observan algunos ítems que hacen

referencia a estos aspectos y guardan relación con la dimensión de calidad del recurso (Macmillan, 2006). Esta es una idea ampliamente referida en estudios sobre el mapeo de activos o de emociones del barrio (Aviñó, 2017).

En aquellos recursos que, además de su soporte físico, requieren de la participación humana en su gestión, su continuidad dependerá lógicamente también de la continuidad del equipo humano que lo sustenta, especialmente del **liderazgo**. Las cuestiones relacionadas con la gestión de recursos humanos, su motivación y dirección eficaz, exceden el ámbito del presente trabajo pero sin duda son muy importantes para entender la calidad en la prestación de los servicios que proporciona el recurso y, en la medida en la que posean la autonomía necesaria para decidir sobre el futuro del recurso, son determinantes para promover procesos de cambio y adaptación (Aviñó, 2017; Bedimo-Rung *et al.*, 2005; Bedimo-Rung *et al.*, 2006; Fisher, Green, Jurcevic y Davis, 2009; Macmillan, 2013; Natural England, 2010). Es lo que se entendería como “**flexibilidad**” estratégica, entendida por De Paris y Lopes (2018) como la capacidad del recurso para adaptarse a los constantes cambios en los usuarios, incluidos los problemas sociales y económicos. En apartados anteriores nos hemos referidos al aspecto funcional-espacial de la flexibilidad del recurso referido particularmente a su configuración estructural. (Cavalliere *et al.*, 2019; Geraedts, 2016)

En ocasiones se usan indistintamente los conceptos de “adaptabilidad” y “flexibilidad”. En general, el proceso de adaptación es natural e instintivo de cualquier sistema biológico que busca su supervivencia (desde un paraje natural hasta una organización cultural o una empresa). Sin embargo, desde la sociología y otros ámbitos, la

flexibilidad toma un componente «activo» a diferencia del sentido «pasivo» de la adaptación. Por lo tanto, una persona o una comunidad son flexibles cuando, por ejemplo, promueven el cambio (la transformación), buscan mejores alternativas, tomando la iniciativa o proponiendo ideas nuevas (Smith *et al.*, 1997). Así, el término flexibilidad adquiere un sentido proactivo que, desde la perspectiva salutogénica en referencia a los activos para la salud, es preferible al de adaptabilidad.

Una infraestructura sólida del recurso que preste atención a los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios permitirá la adaptación y la sostenibilidad a largo plazo (Edwards *et al.*, 2007).

- ✓ ¿Hay capacitación y soporte técnico disponibles para desarrollar y mantener las habilidades necesarias? (Macmillan, 2013). El recurso dispone de soporte humano propio (equipo, liderazgo...) o externo para garantizar su durabilidad.
- ✓ En el recurso se observan medidas de creatividad y/o innovación que generan valor añadido y repercuten positivamente en los resultados. (Giobelina, 2014; Macmillan, 2013)
- ✓ Forma parte o promueve el desarrollo local.
- ✓ Intenta utilizar las energías creativas de la comunidad para encontrar mejores soluciones, teniendo en cuenta la cultura local para un adecuado desarrollo. La UNESCO señala que “La dimensión cultural no es una dimensión como cualquier otra... Por el contrario, es el factor fundamental del desarrollo, la referencia básica por la que se miden todos los demás factores. (Giobelina, 2014; Martínez, 2018).
- ✓ Tiene una orientación a largo plazo con objetivos de abordaje integral articulando dimensiones económicas, sociales, medio-ambientales, normativas, y funcionales (Evans *et al.*, 2012).

De cualquier forma, salvadas las restricciones de tipo tecnológico y organizativo que puedan manifestarse, la continuidad de un recurso para atender las demandas actuales va a depender esencialmente de su viabilidad o “**sostenibilidad económica**”. Que un recurso sea sostenible no se consigue sólo garantizando el uso responsable de los bienes naturales, también debe ser sólido a nivel económico, y debe garantizar mínimamente su rentabilidad, entendiendo esta última como la cualidad de aquello que produce beneficios o utilidad durante un período determinado de tiempo, o recompensa el esfuerzo bien empleado por alguien. (Giobelina, 2014)

Si al concepto de beneficio añadimos la dimensión social y lo aplicamos al ámbito de los activos para la salud, se hace alusión a todo beneficio o utilidad que un recurso aporta a la salud o bienestar de la comunidad, o para ciertos grupos sociales (Jiménez, Mora y Carrasco, 2011). Pero, desde la lógica de la sostenibilidad económica, además de generar un beneficio social, es necesario tener en cuenta el esfuerzo que supone su funcionamiento. De Rus (2009, como se citó en Jiménez *et al.*, 2011) considera que una intervención o recurso público contribuirá al bienestar social cuando los beneficios sociales que se produzcan sean mayores que los costes sociales. Si los costes de funcionamiento que un recurso le supone a la comunidad son superiores a los beneficios que le aporta, esto es, cuando la comunidad no obtiene una rentabilidad social de la presencia del recurso, su sostenimiento será cuestionado. En sentido contrario, el valor de un recurso será mayor en la medida en la que su rentabilidad social sea alta porque ello querrá decir que resuelve en gran medida necesidades altamente valoradas por la ciudadanía a

partir de la utilización de elementos productivos que suponen un reducido coste con relación al valor que proporcionan.

En este sentido, se podría decir que la rentabilidad social alude a la sostenibilidad de un recurso: por un lado, al valorar la repercusión sobre el bienestar de la comunidad, y por otro, al cobrar sentido en la exigencia a la empresa del ejercicio de forma responsable de su libertad empresarial (Jiménez *et al.*, 2011). María Emilia Correa (2012, como se citó en Ruiz y Orozco, 2016, p.10) argumenta que la sostenibilidad “no significa perder dinero ni convertirse en una fundación, sino que las organizaciones demuestren que el mercado puede servir también para solucionar problemas sociales y ambientales, generando rentabilidad financiera”. Hay estudios que demuestran la relación positiva entre un desarrollo sostenible y la eficiencia de una organización, con un desempeño superior en términos.

Recordando la clasificación realizada anteriormente, en términos de titularidad podemos distinguir los recursos de titularidad pública, los recursos comunes y los privados, y la valoración de la rentabilidad social puede tener diferentes implicaciones en estos casos.

En una economía de mercado de libertad de empresa, como la que corresponde a nuestra sociedad<sup>68</sup>, la mayoría de los recursos son de titularidad privada y se ofrecen a través del «mercado», es decir, el ámbito en el que los compradores pagan por los bienes que adquieren y los vendedores reciben ese pago por los bienes que entregan. Cuando este libre mercado funciona en un contexto teórico ideal de

---

<sup>68</sup> Artículo 38 de la Constitución española



«competencia perfecta», la suma de la oferta y demanda garantiza una solución eficiente para el conjunto de la sociedad. Por lo tanto, en este contexto teórico, si una actividad o recurso es rentable para su promotor privado, también será rentable socialmente. (Mankiw, 2004, p.95)

Ahora bien, en muchas ocasiones el funcionamiento de los mercados no se ajusta al modelo de competencia perfecta y, en estos casos, la rentabilidad del promotor puede no garantizar la rentabilidad para el conjunto de la comunidad. Así sucede, por ejemplo, cuando el propietario tiene un fuerte poder de negociador frente a sus proveedores y paga por sus productos y servicios un precio inferior al de una situación de negociación más equilibrada (p.ej. los precios bajos que las grandes empresas de distribución en alimentación pagan a los pequeños agricultores). También se producen «fallos de mercado» cuando las decisiones de los individuos generan beneficios o perjuicios indirectos -externalidades positivas o negativas- en la sociedad (un ejemplo de externalidad negativa es cuando en el proceso de obtención de un bien, además de los costes que tiene que soportar el productor, se causa un perjuicio medioambiental por vertido de residuos o emisiones contaminantes; este perjuicio social no está incluido en los costes de la empresa y por consiguiente tampoco se observa en los precios de venta del producto o actividad) (Mankiw, 2004). En estos supuestos, la rentabilidad del propietario puede ser diferente de la rentabilidad para el conjunto social. (Ortega, 2012; Stiglitz, 2000)

Pero también es posible que la disponibilidad de un recurso sea rentable socialmente y no lo sea su promotor (el que presta el servicio), porque no puede cobrar a través de los precios todo el valor que este

recurso proporciona al conjunto de la sociedad. Este es el caso de los bienes públicos cuyo disfrute está disponible a todos los individuos y no existe un precio de mercado que mida el retorno monetario que se obtiene como compensación por su uso, ignorándose además los beneficios indirectos, o externalidades positivas que genera (p.ej., y como ya se ha mencionado, el caso de un recurso multifuncional con un parque urbano, además de los beneficios que reciben los individuos que lo utilizan para sus actividades de relación social, ejercicio físico, etc., su mera existencia aporta beneficios indirectos para la comunidad por su contribución medioambiental).

Una de las técnicas de mayor tradición para introducir el criterio económico en las decisiones en el ámbito público es el llamado «análisis coste-beneficio» (De Rus, 2005; Rodríguez, 1990). La propia Unión Europea ha publicado una guía de utilización de este método para la valoración de proyectos de inversión con indicaciones específicas a distintos ámbitos de interés (Sartori *et al.*, 2015). La aplicación de esta metodología supone identificar y valorar todos los flujos de beneficios y costes que se derivan del funcionamiento del recurso. En término de costes, además de los costes directos operativos y de mantenimiento, se considera también el importe de la inversión inicial necesaria para la puesta en marcha del recurso, además de los costes indirectos que se puedan generar (por ejemplo, los costes de personal y de servicios que prestan os organismos públicos responsables). En cuanto a los beneficios, es necesario cuantificar monetariamente las ventajas sociales que proporciona el recurso independientemente de que se traduzcan o no en pagos monetarios, tanto referidos a los beneficiarios directos que acceden y utilizan el recurso (valor de uso), como a aquellas personas

que, aunque no lo usan actualmente, contemplan la posibilidad de hacerlo en un futuro (valor de no uso), además de otros valores que el recurso también pueda proporcionar (p.ej., el beneficio medioambiental ya referido de los parques) (González, 2001). La traducción a términos monetarios de estos beneficios sobre los que no se dispone de una referencia de mercado es compleja pudiéndose estimar mediante un sistema de entrevistas que ayuden a estimar la disposición a pagar de los individuos por los beneficios esperados del recurso (Puig-Junoy, Pinto-Prades y Ortún-Rubio, 2001).

Una vez identificados los flujos monetarios de ingresos y costes a lo largo de la vida útil del recurso, se puede calcular su resultado económico actualizando estos flujos a una determinada tasa de descuento financiero para determinar el Valor Actual Neto<sup>69</sup> de la intervención pública que supone la disponibilidad del recurso (Ortega, 2012). Si el valor actual neto resultante es positivo, quiere decir que ese proyecto es rentable y produce un excedente social en esa cuantía. Si el valor resultante es negativo, no existe beneficio social y, en consecuencia, ese proyecto no debería realizarse. Ahora bien, que un proyecto sea rentable no implica que sea la intervención pública más ventajosa, debiéndose comparar sus resultados con los generados por otros proyectos públicos alternativos.

La metodología de análisis coste-beneficio es de aplicación

---

<sup>69</sup> El Valor Actual Neto (VAN) de una inversión, es el valor presente de los flujos netos de caja (ingresos o cobros C, menos pagos P) que genera un proyecto a lo largo de su vida útil (n años), descontados a la tasa de interés (i) que refleja el costo de oportunidad que para el promotor tiene el capital que piensa invertir en el proyecto:  $[VAN = \sum_{t=1}^n \frac{FC_t}{(1+i)^t}]$ . La regla de decisión es que si el VAN es positivo el proyecto se acepta porque genera un excedente positivo, y si es negativo se rechaza

compleja y se realiza en contadas ocasiones (González, 2001). En todo caso, requiere disponer de una información que no está disponible para un observador externo del recurso por lo que este aspecto de la sostenibilidad económica de un recurso, como un elemento adicional para su valoración como activo para la salud, no puede traducirse en *ítems* objetivos en nuestra lista de verificación. Únicamente podemos plantear algunas preguntas que pueden aproximarnos a una valoración externa del beneficio que reporta el recurso.

Por otro lado, y como ya se ha expresado, la perspectiva ecológica plantea la constante interacción de los individuos u organizaciones humanas con su entorno en un proceso de adaptación que permite su sostenibilidad y su desarrollo. El término desarrollo se asocia con la tendencia natural de evolución de cualquier ecosistema biológico y en el caso de la comunidad humana se relaciona con la actitud y acción de sus individuos.

Cuando una organización se desarrolla (crece, mejora, adquiere complejidad...) es debido a que posee los fundamentos necesarios para afrontar cambios que mejoran su adaptación al entorno, mejora su estrategia y gestión, optimizando las capacidades que posee. Según Quintero *et al.* (2016) una organización tiene un nivel próspero de fortalecimiento cuando alcanza una adecuación entre los objetivos para los cuales se ha constituido, los medios de que dispone y el contexto espacio-temporal en el que se encuentra. Lo mismo ocurre en las organizaciones con fines de lucro (empresas) que tienen como objetivo la consecución de su éxito de forma duradera a partir del aprovechamiento eficaz de los bienes y capacidades que posee (Fernández, 2002).

La **sostenibilidad medioambiental** es el tercer pilar del denominado «desarrollo sostenible». Sin embargo, la evidencia atestigua que nuestra forma de vida y dirección de desarrollo no es ecológicamente sostenible y cada vez se hace más urgente un adecuado abordaje del problema climático que acabará por ser irreversible (Evans *et al.*, 2012; Major Cities Unit, 2010, p.161). Este cambio de implicación ecológica debe darse tanto desde la orientación individual de nuestras formas de vida, como en la configuración y funcionamiento de los recursos (promoviendo un uso eficiente de los recursos materiales y su reutilización, minimizando la producción de residuos y reduciendo emisiones). Esto también permitirá minimizar costes y proporcionar entornos más cómodos y agradables (Macmillan, 2013; Miranda *et al.*, 2018).

Desde la perspectiva de la atención social, el desarrollo sostenible ofrece un marco general con el que comprender y actuar sobre la relación multidimensional entre la salud humana, las desigualdades en salud y el medio ambiente. (Evans *et al.*, 2012)

Una detallada encuesta de análisis de la sostenibilidad medioambiental es la propuesta por Smith, Clayden y Dunnett (2008). De esta, sacamos algunos de los ítems propuestos para la lista de verificación:

- En el recurso (infraestructuras, materiales, actividad-servicios...) se observa una clara apuesta por la eficiencia energética (Major Cities Unit, 2010, p.161).
- La gestión del lugar tiene un enfoque orientado a las 3R: “Reducir, Reusar y Reciclar”.

- El recurso tiene una política orientada al uso de objetos/materiales “locales” o de “kilómetro cero”.
- El recurso está diseñado para el uso de materiales que tengan menos impacto en el medio ambiente y/o sean reciclables.
- El recurso se encuentra en un ecosistema adecuado sin interferir en él.

Por último, Evans *et al.* (2012) plantea la colaboración ciudadana como pilar fundamental para el «desarrollo sostenible» además de la sostenibilidad económica y medioambiental. (Moyano-Santiago y Rivera-Lirio, 2016)

El desarrollo y la fuerza de la comunidad puede concebirse en términos de los vínculos que los individuos «tienen con las organizaciones» y un reflejo de “la capacidad de los individuos para negociar y obtener acceso a los recursos y servicios de las organizaciones y sistemas expertos” (Black y Hughes, 2001, como se citó en O'Connor *et al.*, 2019). Estas relaciones dependen del individuo, así como de la voluntad de que las organizaciones y los sistemas sean transparentes, receptivos, atractivos e inclusivos (O'Connor *et al.*, 2019).

En este sentido, en relación con la sostenibilidad de un recurso desde perspectiva social, están los conceptos de inclusión y participación, referidos tanto al recurso en su territorio (intersectorialidad), como a la comunidad en el funcionamiento y durabilidad del recurso (Edwards *et al.*, 2007; Planning Institute of Australia, 2009).

La participación, según Chávez (2003, como se citó en Quintero *et al.*, 2016, p.48), tiene cinco propiedades: identidad, compromiso, responsabilidad, cooperación, y toma de decisiones.

Sherry Arnstein en su artículo *Una escalera de participación* (1969), describe los diferentes tipos de participación organizados en función del grado de poder adquirido. La autora distingue tres niveles entre los que se organizan un total de ocho escalones crecientes en el grado de participación: desde la burda «manipulación» o «falsa participación», hasta la «verdadera participación» donde los individuos u organizaciones tienen la capacidad de decidir en un estado de colaboración (Arnstein, 1969; Escartín, López y Ruiz-Giménez, 2015; Fernández-Lamelas y Vega-Monteagudo, 2010; Martínez-Riera *et al.*, 2018).

Una cuestión también fundamental para la participación, en cualquiera de sus niveles, es la inclusión de la ciudadanía u organización en el proceso de cooperación. El anglicismo inclusividad, de “*inclusiveness*”, se define como la virtud de incluir a algo o a alguien “dentro de una cosa (organización, actividad, proceso) o de un conjunto” (RAE).

Cuando hay inclusión se puede lograr la cooperación. Una *sociedad cooperativa* es “aquella que se constituye entre productores, vendedores o consumidores para la utilidad común”. Dicho de una comunidad, es la tendencia a organizar un régimen de contribución o colaboración organizacional en el orden económico y social. (Aiello *et al.*, 2010; Aviñó, 2017; Dötterweich, 2006; Jakes *et al.*, 2015; Planning Institute of Australia, 2009; Williams *et al.*, 2010). En este paréntesis

epistemológico entran conceptos ampliamente utilizados en el ámbito de la salud positiva (salutogénesis) y la sociología, como son el “empoderamiento” y el concepto de “intersectorialidad”.

Muy relacionado con la «verdadera participación» según Arnstein, está el término de “**empoderamiento**”, definido primero por Wallerstein (1992) 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”. Después la OMS en el Glosario de Promoción de la Salud (1998) dice que el empoderamiento 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”(p.16); diferenciando entre el “empoderamiento individual -entendido como 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-” (Aviñó, 2017, p.88). En lugar de hacer cosas por la gente, es más conveniente ayudar a una comunidad a hacer las cosas por sí mismas (Foot y Hopkins, 2010).

Según Quintero *et al.* (2016), el empoderamiento de cualquier organización está vinculado con la posibilidad de crear redes orientadas hacia el logro de intereses comunes; y según Leffert *et al.* (1998) es un ingrediente fundamental para la socialización (Dötterweich, 2006). El



trabajo conjunto de dicha red de organizaciones propias de cualquier ámbito (salud, educación, urbanismo...), se entiende como “**intersectorialidad**”. La intersectorialidad implica el trabajo coordinado de instituciones representativas de los diferentes sectores o sensibilidades comunitarias mediante intervenciones conjuntas, coordinadas, y con el objeto común de mejorar la calidad de vida o bienestar de la comunidad. (Martínez-Riera *et al.*, 2018; Quintero *et al.*, 2016).

La actividad intersectorial de un recurso, o su grado de participación en la comunidad, se puede entender como el número de actores con los cuales tiene contacto directo en su actividad. Seed (1990, como se citó en Ennis y West, 2010, p.408) entiende una red social como red social es un "sistema o patrón de vínculos entre puntos". Alex Bavelas fue el primero que representó gráficamente el entramado de relaciones de cualquier estructura de grupo/comunidad, creando así lo que se conoce como “**sociograma**” o «grafo de red de relaciones»<sup>70</sup>. En un sociograma, los individuos u organizaciones se representan como nodos y las relaciones entre ellos como líneas. El análisis de los sociogramas permitió a Alex Bavelas desarrollar la primera aproximación de un modelo matemático de estructuras de grupo, permitiendo una aproximación cuantitativa (Ennis y West, 2010). Según Ennis y West (2010) un enfoque práctico de redes sociales tiene el potencial de

---

<sup>70</sup> Un sociograma es una representación del análisis de las relaciones, donde la atención no se centra en un actor como unidad de análisis, sino en la estructura de los vínculos entre los actores, y cómo esta red de vínculos, esta estructura, afecta a los actores. (Ennis y West, 2010).

mejorar el modelo ABCD y de alguna manera hacer frente a las principales críticas que éste recibe.

El análisis que nos interesa en este caso particular para la valoración y priorización de los activos para la salud, es el estudio de las redes unimodales completas o egocéntricas. Son “unimodales” porque el análisis se centra en un único grupo (puede ser una población o un inventario de recursos de una comunidad determinada), y puede ser “completo” si se busca conocer las relaciones entre todos los individuos/recursos/organizaciones de ese grupo determinado, o “egocéntrico” si interesa averiguar las relaciones de todos los individuos/recursos/organizaciones con uno específico.

Como indica Cordón (2007), los nodos que tienen una posición más central son aquellos que tienen un acceso más fácil y rápido a los demás actores de la red y una mayor influencia entre ellos; en otras palabras tienen mayor “centralidad”, influencia o prestigio.

Existen varias medidas de centralidad:

1. **Centralidad de grado o «centrality degree» ( $C_D$ ):** Corresponde al grado o número de enlaces que posee un nodo conectado directamente con los demás. En el caso de una estructura organizacional, Alex Bavelas indica que los diferentes actores tienden a encontrar un equilibrio entre el grado de actividad que reciben («*in-degree*») y el grado de actividad que ofrecen («*out-degree*»). En un sociograma dirigido, el *in-degree* de un nodo o «prestigio de entrada» ( $P_D^{in}$ ) se representa por las líneas/enlaces que tienen dirección hacia él; mientras que el *out-degree* o «prestigio de salida» ( $P_D^{out}$ ) es el número de nodos hacia los cuales ofrece enlaces (Fernández, 2013, p.40). Para el caso de una estructura organizacional, cuando un nodo tiene un elevado prestigio de entrada, se entiende que es un importante

“soporte” (por ejemplo un ayuntamiento respecto a la red de asociaciones); y si tiene un elevado prestigio de salida, se entiende que el nodo tiene una gran “influencia”. En el caso de una red social, la  $C_D$  se entendería como el número de amistades que posee cada persona independientemente de su calidad, el grado de soporte sería la “popularidad” de un individuo y el grado de influencia sería su “sociabilidad”. Por su puesto, esta representación se aleja muchas veces de la realidad, ya que las relaciones sociales no solo dependen de la cantidad y dirección de las mismas sino también de la fuerza y los medios o modos de la relación. La limitación de la centralidad de grado es que no tiene en cuenta la estructura-distribución global de la red y no captura las intermediaciones de los nodos, es decir, la importancia o influencia de un nodo por estar relacionado con otro.

2. **Intermediación o «betweenness centrality» ( $C_B$ )<sup>71</sup>:** La intermediación es otra posible medida de la centralidad que, a diferencia de la  $C_D$ , está pensada para capturar la capacidad de mediación. Esta medida cuantifica el grado en el que un nodo es conector entre otros actores que no están relacionados directamente entre sí. Es la medición de «estar en el medio» y por lo tanto, un nodo es más central cuando, en las relaciones indirectas y caminos más cortos, es más veces imprescindible pasar por él. En otras palabras, la  $C_B$  es una medida que cuantifica la frecuencia o el número de veces que un nodo actúa como un puente a lo largo del camino más corto entre todos los pares posibles de nodos diferentes. En el caso particular de una red social, los nodos con un alto nivel de intermediación se denominan «gatekeepers» (porteros) porque tienden a

---

<sup>71</sup> Intermediación o «betweenness centrality» ( $C_B$ ):  $CB(i) = \sum g_{jk}(i) / g_{jk}$ ; donde  $g_{jk}$  es el número de caminos mínimos que conectan cualquier par de nodos  $j$  y  $k$  (normalmente suele ser 1) y  $g_{jk}(i)$  es el número de esos caminos que incluyen al actor  $i$ . La intermediación  $CB(i)$  normalizada se consigue dividiéndola por  $(g-1) \cdot (g-2)$  en el caso de sociogramas dirigidos, o dividiéndola por  $(g-1) \cdot (g-2) / 2$  en el caso de sociogramas no dirigidos.

controlar el flujo de información entre comunidades, e incluso, se les llama «*brokers*» porque de ellos depende la integración de otros componentes a la red. Es habitual observar que los recursos que mayor nivel de intermediación tienen suelen ser las administraciones públicas, las entidades de tipo cultural y las escuelas, institutos u otros centros de educación formal.

3. **Cercanía o «*closeness centrality*» ( $C_C$ )<sup>72</sup>:** La medida de cercanía, definida por el matemático Murray Beauchamp en 1965 y luego popularizada por Freeman en 1979, es la tercera forma posible de medir la centralidad. A diferencia de la  $C_D$  y la  $C_B$ , la cercanía ( $C_C$ ) pondera la cercanía del nodo respecto del centro, indistintamente de que el nodo se encuentre en una posición de intermediación o que tenga más o menos enlaces directos. Esta medida asume que la propagación de información en la red siempre se da a través del camino más corto, y cuantifica el grado en el que el nodo analizado está más o menos cerca (o puede llegar con pocos pasos), de los otros nodos de la red. Cuanto mejor sea su medida de  $C_C$ , más posibilidad tiene el nodo de interactuar de forma más directa con el resto de nodos de la red. En una comunidad, suele corresponder a menudo a organizaciones que son respetadas localmente y ocupan caminos cortos para la difusión de información dentro de su territorio. Esta es la fórmula matemática que se podría decir que ayudó a demostrar la teoría de “seis grados de separación” según la cual, todo individuo conecta con cualquier otra persona a través de una cadena de conocidos de no más de cinco intermediarios o enlaces/pasos. Estudios recientes han reducido de 6 a 4.5 la media de pasos requeridos; resultados que reafirman la popular frase “el mundo es un pañuelo”.

---

<sup>72</sup> Cercanía o «*closeness centrality*» (CC): atiende a la distancia geodésica de cada actor con todos los demás, y se define como el promedio de las distancias geodésicas más cortas (o caminos mínimos) para cada actor, es decir, la suma de las distancias a los otros nodos. La inversa de dicha suma es el resultado de la Centralidad de Cercanía.  $CC(i) = [1/dist(ij)suma]$ .

4. **Excentricidad o «eccentricity centrality» ( $C_E$ )<sup>73</sup>:** Al igual que la “cercanía”, la  $C_E$  está basada en las distancias. La Centralidad de Excentricidad ( $C_E$ ) se define como la inversa de la excentricidad, y esta última es igual a la máxima distancia geodésica entre un nodo y cualquier otro de la red. Es por esto que los nodos con un mayor valor de excentricidad se denominan “actores periféricos” y los de menor valor son quienes conforman el centro de la red. El inconveniente de esta medida es que solamente se consideran aquellos actores desde los que un nodo puede ser alcanzado, no la red completa.
5. **Centralidad de vector propio o «eigenvector centrality» ( $C_{VP}$ ):** La  $C_{VP}$  es una medida de la centralidad total de un nodo, condicionada por cómo de importantes son sus vecinos directos, o cómo de bien está conectado un nodo con las partes de la red mejor conectadas. Es una medición más elaborada que la “centralidad de grado” ya que además de tener en cuenta la cantidad de relaciones directas, también pondera su calidad. Mide el prestigio del actor en la red, es decir, la importancia o prominencia del nodo respecto al conjunto. De esta manera, el status de un actor (su *ego*) se explica a partir del status de sus vecinos. Los nodos con un alto *ego* reciben el nombre de *hubs* o “nodos focales”. Clasificados por el ámbito al que pertenecen (acción social, educación, cultura, salud, deportes...), podríamos identificar los *hubs* del territorio (Boix, 2002; Fernández, 2013, p.40).

La primera y la quinta son medidas radiales de volumen. La segunda es una medida medial, y la tercera y cuarta son medidas radiales de longitud. A parte de estas medidas unimodales, que suelen utilizarse para el análisis individual de cada uno de los nodos que conforman la red, hay dos medidas de la red global (multimodales), que

---

<sup>73</sup> Excentricidad o «eccentricity centrality»:  $CE(i) = [1/dist(ij)max]$ ; el valor resultante se normaliza dividiéndolo por  $(g-1)$ .

proporcionan una visión más aproximada de la cohesión de una comunidad, serían las de “reciprocidad” y “densidad de red”. En un grafo dirigido, la reciprocidad (R) mide la tendencia de pares de nodos a tener conexiones mutuas entre ellos; y la segunda es la medición de la densidad de red (D), un indicador que cuantifica el grado en el que la red social puede llegar a estar completa de forma que todos los nodos están conectados entre sí directamente. Cuanto más densa sea la red, más inclusiva será esta. (Fernández, 2013)

En Martínez-Riera, Sanjuán Quiles Y López-Gomez (2018) se refieren a diferentes tipos de redes según el intercambio y las interconexiones entre los miembros o nodos de la red. Desde las «redes basadas en la reciprocidad» donde se produce un intercambio partitorio de bienes y servicios bajo un trasfondo más social que las «redes basadas en el mercado» que se producen sobre la base de la ley de oferta y demanda. (Martínez-Riera *et al.*, 2018)

Nuestra lista de verificación no pretende que el usuario sea conocedor y esté cualificado en el manejo matemático de los indicadores arriba mencionados. Sin embargo, consideramos que si es interesante el hecho de poder expresar cuantitativamente y sistematizar algo tan complejo como es la integración de cualquier recurso, en términos de su centralidad y participación en su territorio o comunidad (contribuyendo a la intersectorialidad), y en términos de equidad o creación de espacios de consenso e inclusión.

En este último aspecto, cualquier activo para la salud debe prestar igualmente atención a los principios de participación o empoderamiento del usuario. La “inclusividad” y el empoderamiento en

el funcionamiento del recurso permiten crear espacios de intercambio que ayudan a la equidad<sup>74</sup>, donde todos sean tratados de forma respetuosa y en igualdad de condiciones según sus capacidades y necesidades. (Ali, Di Nardo, Harrison y Verma, 2017; Jakes *et al.*, 2015; Planning Institute of Australia, 2009; Vey y Love, 2019)

Por todo lo expuesto anteriormente, en el presente trabajo consideramos que la idea de “sostenibilidad” y todo lo que ello implica, debe ser una cualidad fundamental en la evaluación de cualquier activo para la salud. Un recurso para la salud, ya sea institucional o empresarial, organizacional o físico, que sea duradero y sostenible económica, social y medio-ambientalmente.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

<sup>74</sup> La equidad es definida por Kadat y Tasca (1993, como se citó en Espinosa, 2001, p.45) como «oportunidades de vida».

Sobre la categoría “sostenibilidad” se han incluido en la lista de verificación los siguientes ítems:

- El equipo humano que soporta el recurso propicia su durabilidad.
- En el recurso se observan medidas de creatividad y/o innovación que generan valor añadido y repercuten positivamente en los resultados.
- Con el paso del tiempo, el recurso muestra capacidad de adaptación estratégica a las nuevas necesidades de la comunidad.
- El recurso soporta bien su uso y desgaste, y requiere fácil mantenimiento.
- El recurso es utilizado por un alto número de sus usuarios potenciales y de forma frecuente.
- Los beneficios que aporta el recurso a la comunidad son superiores a los costes.
- Estoy dispuesto a pagar por el uso del recurso un precio superior al actual para poderlo utilizar.
- Existen o pueden existir otros recursos sustitutivos para atender la misma función o funciones y de manera menos costosa para la comunidad.
- Considerando todos los aspectos el balance del recurso es positivo en su contribución con el medio ambiente.
- Se observan evidencias objetivas de que el recurso tiene una política orientada a la sostenibilidad medioambiental («kilómetro cero»; enfoque 3R: «Reducir, Reusar y Reciclar»).
- El recurso está configurado para el uso de materiales que tengan menos impacto en el medio ambiente.
- El recurso promueve la participación.
- El recurso es un claro “soporte” como receptor de numerosas actividades o servicios comunitarios. (in-degree)
- El recurso tiene una gran “influencia” como emisor de actividades en el entramado de su comunidad. (out-degree)
- El recurso es referente en la intermediación entre otras actividades o recursos intra-comunitarios o inter-comunitarios.
- El recurso está directamente relacionado con un número considerable de otros recursos del mismo territorio. (cantidad)
- El recurso tiene relación directa con recursos influyentes o importantes de la comunidad. (calidad)
- La inclusión y participación social forman parte de la estructura o del funcionamiento del recurso. (valor instrumental)
- La diversidad e inclusión social son objetivos del recurso. (valor terminal)



### 5.3. MODIFICACIONES DEL INSTRUMENTO SEGÚN LOS EXPERTOS: RESULTADOS DEL PANEL DELFOS

A continuación se presentan los resultados del Panel Delfos, con el que se consultó y discutió con 13 expertos las «dimensiones universales» que caracterizan cualquier activo comunitario para la salud, así como la configuración de la herramienta de valoración. A continuación, se exponen en primer lugar algunas consideraciones generales que corresponden a los resultados de las rondas de discusión Q1 y Q3, y posteriormente se presentan los resultados de la segunda ronda de discusión (Q2) y las consideraciones específicas obtenidas para cada uno de los ítems agrupados por dimensiones.

En la primera ronda de discusión se pidió a los expertos que valoraran del 1 al 7 («totalmente en desacuerdo» - «totalmente de acuerdo») la pertinencia de incluir en el modelo, o no, cada una de las catorce dimensiones propuestas inicialmente.

Para todas las dimensiones, excepto en el caso de “público”, hubo un nivel de acuerdo («de acuerdo», «bastante de acuerdo» o «totalmente de acuerdo») superior al 80% de los encuestados. Este acuerdo fue destacable («bastante de acuerdo» o «totalmente de acuerdo») en el caso de las dimensiones de “utilidad”, “asequibilidad”, “seguridad” y “sostenibilidad” (figura 5.20).

**Figura 5.20: Grado de conformidad en la relevancia de las dimensiones como cualidades definitorias de un activo para la salud.**

a)		Utilidad	Uso anterior	Intención de uso	Asequibilidad	Proximidad	Caminabilidad	Conectividad
Están bastante o totalmente de acuerdo	91%	67%	73%	82%	73%	64%	36%	
Están al menos de acuerdo	100%	83%	91%	91%	100%	82%	82%	

b)		Inteligibilidad	Identidad	Diseño	Seguridad	Diversidad	Público	Sostenibilidad
Están bastante o totalmente de acuerdo	45%	73%	58%	91%	45%	75%	82%	
Están al menos de acuerdo	82%	100%	83%	100%	82%	75%	82%	

Fuente: Elaboración propia

No se observaron muchas diferencias en la respuesta de los expertos cuando se analizaron los resultados sobre la relevancia de cada uno de los ítems, y estos datos se agregaron por dimensiones (tabla 5.9). La dimensión de “utilidad” siguió recibiendo la mejor valoración con un 92% de los participantes que respondieron que los ítems analizados tienen/deben estar incluidos en la herramienta («Must/Should have»). Igualmente, la dimensión de “público” fue de nuevo la peor valorada por sus ítems, si bien hay algunos expertos reconocieron la importancia del carácter público de los recursos por su efecto en la reducción de las desigualdades sociales.

En cambio, la dimensión de “sostenibilidad” resultó ser mucho mejor valorada cuando se analizaron por separado sus ítems y se recibió una descripción detallada de la misma. Fue así, la segunda mejor dimensión.

**Tabla 5.9: Grado de conformidad en la relevancia de las dimensiones por análisis de ítems agregados.**

<b>Dimensiones</b>	<b>%</b>
UTILIDAD	92
USO ANTERIOR	81
INTENCIÓN	60
ASEQUIBILIDAD	75
PROXIMIDAD	65
CAMINABILIDAD	81
CONECTIVIDAD	81
INTELIGIBILIDAD	77
IDENTIDAD	80
DISEÑO	72
SEGURIDAD	71
DIVERSIDAD	69
PÚBLICO	56
SOSTENIBILIDAD	86
Media	75

Fuente: elaboración propia.

Algunos expertos comentaron la pertinencia de incluir otras dimensiones entre las cualidades definitorias de un recurso como activo para la salud:

Por un lado, un participante hizo mención a la importancia de los “activos intangibles e históricos”, que influyen en la conducta social y los valores individuales:

*«Hay activos intangibles e históricos, que permanecen en el recuerdo y no son visibles, por ejemplo un teatro o una plaza como lugar de reunión vecinal, donde la comunidad interactuaba todas las tardes del sábado» (Exp12).*

Algunos estudios (Soriano-Ayala, Cala y Ruiz-Salvador, 2020) ponen en manifiesto la escasez de estudios que centran esfuerzos en

identificar y poner en valor los activos históricos-culturales de la comunidad (Soriano-Ayala, Cala y Ruiz-Salvador, 2020). Como indica Jeannotte (2016), “el patrimonio cultural intangible solo puede ser patrimonio cuando es reconocido como tal por las comunidades, grupos o individuos que crean, lo mantienen y lo transmiten” (p.1). En 2003, la UNESCO definía como patrimonio cultural inmaterial, todas las tradiciones o expresiones orales y escritas, las artes escénicas, rituales o actos festivos.

En muchas ocasiones, tales factores intangibles expresan su valor en recursos físicos, como puede ser la casa de la cultura o el bar «de toda la vida». La “identidad” que individual o socialmente tenemos hacia el recurso, contempla la manifestación subjetiva del valor histórico, cultural o social, que un recurso tiene para el individuo o la comunidad. En otro sentido, estos factores intangibles pueden influir en la percepción que tengamos, por ejemplo, sobre la dimensión de “utilidad” de un recurso o la “intención”. De forma parecida, Martínez Rodríguez (2018) entiende la dimensión cultural como la referencia básica por la que se miden todos los demás factores.

Si se tuvieran en cuenta los activos intangibles como unidad de análisis para valorar la pertinencia o no de incluir determinadas dimensiones, algunas como “uso anterior”, el “diseño” o la dimensión de “público” no tendrían validez.

Otra asunto sería conocer el valor histórico-cultural que pudiera tener un determinado recurso en consideración con otros. Tomando como referencia el concepto de imaginabilidad de Lynch (1960), el valor histórico de un recurso será mayor cuando su imagen sea más compleja

o rica simbólicamente hablando (mayor número de significados culturales comunes) y más heterogénea (número de subgrupos de la comunidad que pueden distinguirse en base a los diferentes patrones de significado). Los estudios interculturales tienen la tarea fundamental de identificar estos significados comunes o superposiciones interculturales que permitan la convivencia multicultural. (Soriano-Ayala *et al.*, 2020)

Por otro lado, es entendible que algunos expertos resaltarán la cualidad de la subjetividad en el hecho de reconocer un recurso como activo.

“Grado o nivel en que la persona o grupo considera el activo como válido y positivo para mejorar sus necesidades” (Aceptabilidad – subjetividad)

También se mencionaron otras dimensiones como la “colectividad” o potencialidad del recurso para el desarrollo de redes y capital social, así como la “conectividad” con otros recursos o con actividades comunitarias. Se destacó también, la importancia de que los activos sean recursos que garanticen la “equidad” o inclusión y un nivel apropiado de información. Proponen algunas afirmaciones concretas para incluir en la herramienta:

“Capacidad para conectarse con otros activos” (conectividad);  
“El recurso facilita las relaciones entre personas de la comunidad, contribuyendo al bienestar colectivo”; “El recurso contribuye reduciendo las desigualdades sociales” (equidad o inclusión)

Estos ítems fueron incluidos en la herramienta y sometidos también al análisis de los expertos en el segundo formulario (Q2). Los resultados de esta segunda ronda, indicaron que el 41% de los ítems eran considerados relevantes («*Must/Should have*») por 10 o más

expertos, según la técnica de análisis MoSCoW. Solo un 5'38% de las valoraciones fueron negativas («*Won't have*»), un 18'37% fueron valoraciones de «*Could have*» que, como se ha indicado, se interpretaron bajo una connotación no positiva. Un 32'54% fueron valoraciones de «*Should have*», y el 43'19% «*Must have*» (ver tabla 5.10).

**Tabla 5.10: Estadística descriptiva sobre la relevancia de los ítems.**

Relevancia	Frecuencia	Proporción*	Media	Moda
<i>Must have</i>	691	43,19%	5,3	4
<i>Should have</i>	520	32,54%	4,0	3
<i>Could have</i>	294	18,37%	2,3	2
<i>Won't have</i>	93	5,83%	0,7	0

\*Sobre 130 cuestiones (algunas recogían varios ítems iguales)

Fuente: elaboración propia.

Aplicando los criterios predefinidos<sup>75</sup>, 8 ítems han sido directamente suprimidos (el 5%). Teniendo en cuenta además las diversas consideraciones manifestadas, el total de los 147 ítems (145 ítems propuestos inicialmente y 2 por los expertos) por lo se redujeron en un 30% hasta establecer finalmente un total de 103 ítems, algunos de los cuales han visto modificada su redacción. Los ítems de la escala de valoración original quedan escritos en la tabla 5.6 (ANEXO 2) y la escala

<sup>75</sup> Criterios definidos en el Capítulo 2 de “Metodología”. [...] *Motivo para suprimir un ítem:* - Que las respuestas «*Won't have*» superen el 20% - Que las respuestas «*Could have*» superen el 60% - Que el sumatorio de respuestas «*Won't have*» + «*Could have*» supere el 60%.

modificada con las aportaciones del panel de expertos se observa en la tabla 5.11 (ANEXO 4).

Tanto la “utilidad” como la “intención” y el “uso anterior” han mantenido sus ítems con ligeras modificaciones que se detallarán seguidamente. Sin embargo, la dimensión de “diseño” se ha reducido sustancialmente de 35 ítems a 16, la de “identidad” de 14 a 10 ítems, y la de “sostenibilidad” ha pasado de 21 a 17 ítems (tabla 5.12).

**Tabla 5.12: Modificaciones en el número de ítems, antes y después del panel Delfos.**

<b>Dimensión</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Variación</b>
UTILIDAD	11	9	18%
INTENCIÓN	11	10	9%
USO ANTERIOR	4	3	25%
ASEQUIBILIDAD	4	3	25%
PROXIMIDAD	4	2	50%
CAMINABILIDAD	8	7	13%
CONECTIVIDAD	4	2	50%
INTELIGIBILIDAD	9	6	33%
IDENTIDAD	14	10	29%
DISEÑO	35	16	54%
SEGURIDAD	16	13	19%
DIVERSIDAD	3	2	33%
PÚBLICO	3	3	0%
SOSTENIBILIDAD	21	17	19%
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>103</b>	<b>30%</b>

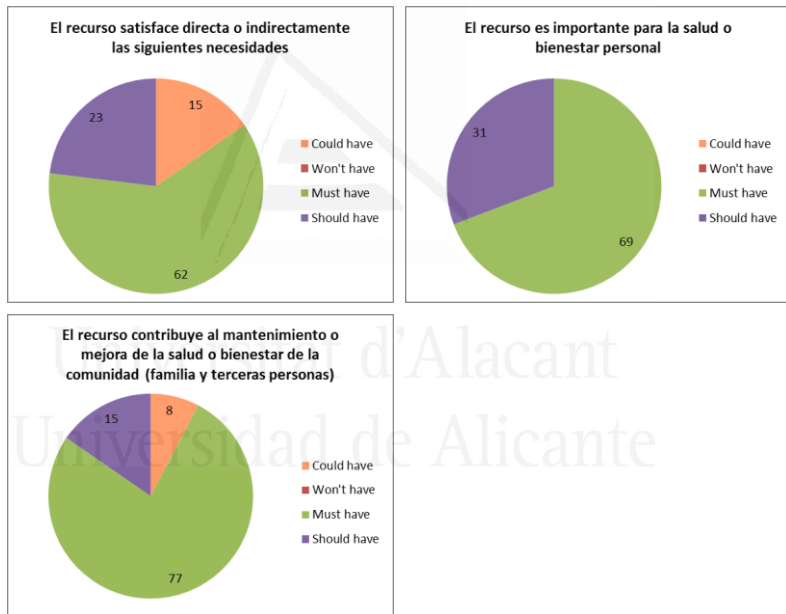
Fuente: elaboración propia.

A continuación, se presentan los resultados y algunas consideraciones relevantes sobre cada una de las dimensiones y sus ítems.

## UTILIDAD

En la dimensión de “utilidad” todos sus ítems fueron bien valorados por los expertos (figura 5.21). Aquí se discutió fundamentalmente la pertinencia de incluir las necesidades básicas mencionadas en el modelo inicial, según los patrones funcionales de Marjory Gordon y la jerarquía de Maslow, o referenciar otras.

**Figura 5.21: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Utilidad” (%)**



Fuente: Elaboración propia.

En el panel de expertos se invitó a considerar la clasificación que proponen Manfred Max-Neef, Antonio Elizalde y Martin Hopenhayn en su marco teórico sobre las “necesidades humanas fundamentales”. Desde una perspectiva ontológica, estos autores postulan que las



necesidades humanas son finitas, pocas y clasificables, y además, iguales en todas las culturas y en todos los períodos históricos (universales). En este sentido, no son las necesidades las que cambian en el tiempo o según la cultura, sino la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las mismas. Es por esto, que los autores distinguen entre “necesidades” y “satisfactores” (Max-neef, Elizalde y Hopenhayn, 1986).

Según ellos, las necesidades humanas fundamentales son:

- Subsistencia
- Protección
- Afecto
- Entendimiento
- Participación
- Ocio
- Creación
- Identidad
- Libertad

Para Manfred Max-Neef (1986), uno de los aspectos que define una cultura es su elección de los satisfactores. Por ejemplo, la necesidad de “subsistencia” incluye habitualmente los satisfactores de alimentación, vestimenta, el trabajo, el sueño y descanso; o bien, la dimensión de “afecto” se puede satisfacer con las relaciones sociales, la familia, o las relaciones sexuales. Estas necesidades se pueden categorizar a su vez por la significación de «ser» (características), «tener» (herramientas o medios), «hacer» (acciones) y «estar» (espacios). Así por ejemplo, la necesidad de “entendimiento” se puede concebir como «ser curioso o crítico», «disponer de educación», o tener la posibilidad de «estudiar, investigar», o de «estar en escuelas, universidades».

La diferencia entre las propuestas categóricas de Maslow, Marjory Gordon y Manfred Max Neef es un problema del nivel de agregación y cuestiones fundamentalmente definitorias (tabla 5.13). Sin embargo, según Manfred Max Neef y en contra del modelo de Maslow, las necesidades humanas no se organizan de forma jerárquica, si bien son simultáneas, complementarias y compensatorias. (Max-neef *et al.*, 1986)

**Tabla 5.13: Necesidades humanas básicas según Abraham Maslow, Manfred Max-Neef y Marjory Gordon, y aportación del modelo.**

Abraham Maslow	Manfred Max-Neef	Marjory Gordon	Modelo
Fisiológicas	Subsistencia	Nutricional Eliminación Sueño y descanso	} <i>Subsistencia</i>
Seguridad	Protección	Seguridad	
Sociales	Afecto	Rol y relaciones	} <i>Rol y relaciones</i>
	Participación	Sexualidad y reproducción	
	Entendimiento	Cognitivo y perceptivo	<i>Entendimiento</i>
Estima	Ocio	Actividad y ejercicio	<i>Ocio</i>
	Identidad	Autopercepción	<i>Autopercepción</i>
Autorrealización	Libertad	Valores y creencias	} <i>Autorrealización</i>
	Creación		

Fuente: elaboración propia.

Es por esto que, a partir de las diferentes aportaciones de los autores referidos, se ha decidido plantear una clasificación propia, y los ítems han quedado de la siguiente manera:

- El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de subsistencia (alimentación, descanso, vestimenta...).
- El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de protección (seguridad).
- El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de rol y relaciones (afecto, relaciones sociales, amistad, participación,...).

- El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad del entendimiento (conocimiento, estudio, meditación,...).
- El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad del ocio (actividad física, diversión, relajación, juego,...).
- El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de autopercepción (identidad).
- El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de autorrealización (valores y creencias, libertad, creación).

Las necesidades de “autopercepción” y “autorrealización” tienen grandes similitudes que se hacen evidentes cuando se analizan los modelos teóricos de Maslow, de Manfred Max-Neef y de Marjory Gordon. Por un lado la “autopercepción”, conceptualizada por Marjory Gordon en el sentido de autoconcepto o identidad, de conocerse, y construir una imagen social... Y por otro lado, la “autorrealización” definida así por Maslow y en la cual manifiesta incluir el sentido de libertad y la expresión de valores o creencias. Aquí también incluimos la necesidad de "creación" de Manfred Max-Neef que la conceptualiza como la posibilidad para expresar, de invención o construcción, la curiosidad...

Por otro lado, estarían los dos siguientes ítems que, conjuntamente con los anteriores, conformarían la dimensión de utilidad:

- El recurso es importante para la salud o bienestar personal.
- El recurso contribuye al mantenimiento o mejora de la salud o bienestar de la comunidad (familia y terceras personas).

## INTENCIÓN

La dimensión de “intención de uso” tampoco tiene modificaciones en número de ítems, si bien algunos de ellos han sido modificados en su redacción.

Se puso a discusión el concepto de Norma Subjetiva, manifestándose una disparidad de opiniones en cuanto a valorar o no la influencia de las normas sociales sobre la subjetividad del individuo a la hora de considerar un recurso como activo para la salud.

*«...no está claro si el uso de un recurso en salud pueda contravenir las normas sociales» (Exp9). «...se debe hacer uso del recurso sin aprobación de nadie, sino por decisión propia» (Exp4)*

*«Difícil de juzgar... puede haber recursos que normalmente no son importantes y de repente (debido a cambios contextuales externos o internos) pueden volverse extremadamente importantes» (Exp1)*

*«...sabemos que no todas las personas se comportan de conformidad con lo socialmente esperado (que en algunos ámbitos se conoce como transgresión al comportamiento no ajustado a la norma). Es decir, que transgredir -en el sentido estricto de quebrantar un precepto, una ley... una norma social- puede ser precisamente lo que refuerce la intención de uso de un determinado recurso» (Exp6)*

Esta divergencia se observa en las valoraciones que recibieron algunos de los ítems. Uno de ellos “Hacer uso del recurso está en consonancia con las normas sociales” cumpliría criterio para ser eliminado directamente de la herramienta, debido a que las respuestas *Could have + Won't have* superan el 60% (figura 5.22). Sin embargo, éste ítem y el resto que se incluían en la dimensión, se discutieron nuevamente en la ronda Q3 debido a que se consideraban importantes

de incluir al estar fundamentados en el modelo de la Teoría de la Acción Razonada (TRA).

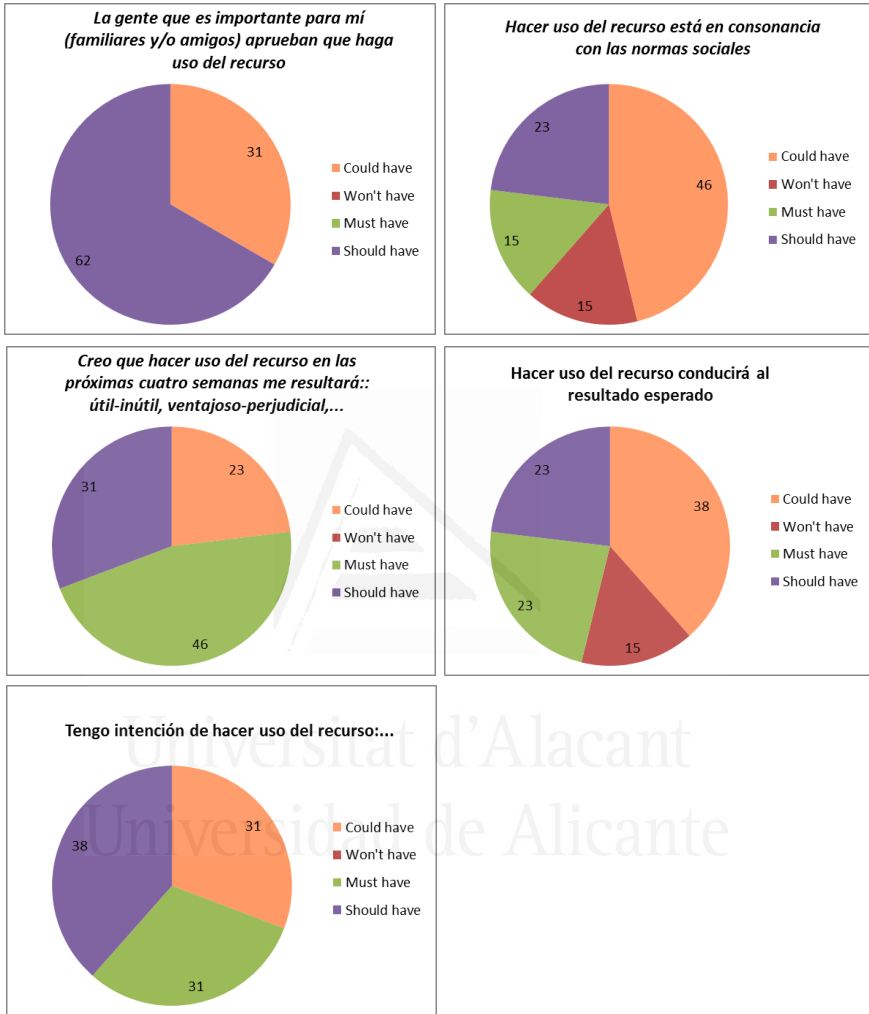
*«Para mí, la "intención" no es tan crucial a menos que se convierta en acción y comportamiento» (Exp1)*

En este sentido contemplan los ítems “Hacer uso del recurso conducirá al resultado esperado” o “Tengo intención de hacer uso en las próximas cuatro semanas...” proponiéndose para este último considerar un periodo más amplio en meses y hasta un año.

En consecuencia, para valorar el concepto de “intención” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- La gente que es importante para mí (familiares y/o amigos) aprueban que haga uso del recurso.
- Hacer uso del recurso está bien visto.
- Creo que hacer uso del recurso me resultará útil - inútil.
- Creo que hacer uso del recurso me resultará eficaz - ineficaz.
- Creo que hacer uso del recurso me resultará ventajoso - perjudicial.
- Creo que hacer uso del recurso me resultará inteligente - estúpido.
- Creo que hacer uso del recurso me resultará agradable - desagradable.
- Hacer uso del recurso conducirá al resultado esperado.
- Tengo intención de hacer uso del recurso en los próximos meses.
- Tengo intención de hacer uso del recurso en los próximos años.

**Figura 5.22: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Intención” (%)**

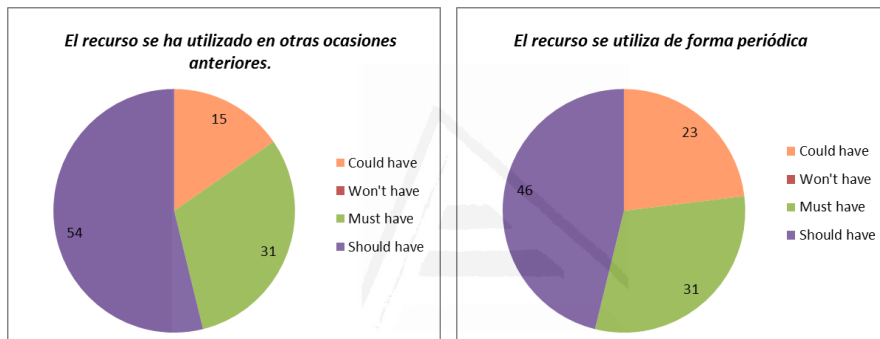


Fuente: Elaboración propia.

## USO ANTERIOR

La dimensión de “uso anterior” ha sufrido pocas modificaciones y ninguna consideración negativa por parte de los expertos (figura 5.23). Finalmente, esta dimensión se ha reducido de 4 a 3 ítems por el nivel de desagregación temporal.

**Figura 5.23: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Uso anterior” (%)**



Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, para valorar el concepto de “uso anterior” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- El recurso se ha utilizado en los últimos meses.
- El recurso se ha utilizado en los últimos años.
- El recurso se utiliza de forma periódica.

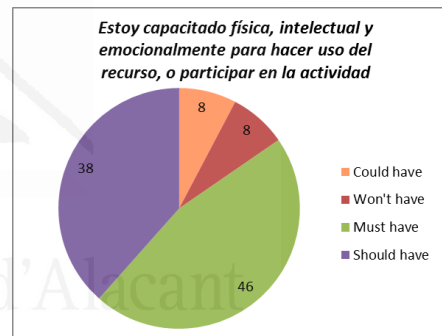
## ASEQUIBILIDAD

La dimensión de “asequibilidad” ha recibido modificaciones en la redacción de algunos de sus ítems.

El primer ítem de la dimensión: “Estoy capacitado física, intelectual y emocionalmente para hacer uso del recurso, o participar en la actividad”, fue cuestionado por varios expertos al tratarse de una afirmación sensible y autodeclarada que no tendría resultados (figura 5.24). Se propuso modificar el ítem a algo menos concreto: “Puedo hacer uso del recurso”.

Los dos ítems propuestos inicialmente para hacer referencia al aspecto económico de la accesibilidad percibida, se han sintetizado en un único ítem.

**Figura 5.24: Relevancia del ítem 1 “Asequibilidad” (%)**



Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, para valorar el concepto de “asequibilidad” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- Puedo hacer uso del recurso.
- Dispongo del tiempo necesario para hacer uso adecuadamente del recurso sin renunciar a otras alternativas igualmente importantes.
- El uso del recurso no tiene coste económico, o es asumible.



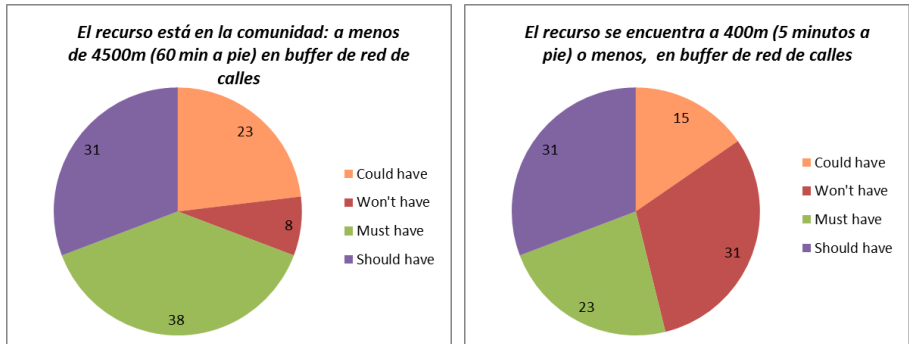
## PROXIMIDAD

Para todos los ítems de esta dimensión, además de otros, se recomendó modificar su redacción evitando tecnicismos (p.ej. «*quitar la expresión de buffer de red de calles*»).

Se planteó por varias opiniones, no realizar sub-clasificaciones de comunidad – barrio/vecindario - ... Y se animó a fusionar los diferentes ítems de dicha dimensión para evitar la inclusión de un ítem en otro.

Sorprendió el resultado sobre la relevancia del ítem “El recurso se encuentra a 400m (5 minutos a pie) o menos, en buffer de red de calles”, que recibió un 31% de valoraciones negativas *Won't have* (figura 5.25) cuando en contra, la literatura es consistente a la hora de contemplar la distancia de 400 metros o 5 minutos a pie como la medición más adecuada para definir los activos. Una explicación posible es que los expertos analizaron dicho ítem después de otros anteriores muy similares en los que ya habían manifestado las consideraciones pertinentes.

**Figura 5.25: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Proximidad” (%)**



Fuente: Elaboración propia.

Todo esto alentó a reducir el número de ítems de 4 a 2. El resultado final se discutió en la siguiente ronda Q3, donde recibió la aprobación de los participantes.

En consecuencia, para valorar el concepto de “proximidad” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- El recurso está próximo caminando a pie: 60 min - 30 min - 5 min.\*
- El recurso es visible en el entorno de mi actividad diaria, trabajo, ocio...

\*En una escala Likert-5, siendo 60min correspondiente a “totalmente en desacuerdo”; 30min a “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, y 5 min correspondiendo al otro extremo “totalmente de acuerdo”)

## CAMINABILIDAD Y CONECTIVIDAD

Los ítems de las dimensiones tanto de “caminabilidad” como de “conectividad” fueron bien valorados en términos generales.

Los expertos propusieron leves modificaciones en alguno de ellos, buscando la sencillez en la redacción, y también, simplificar en la medida de lo posible su número. Con todo esto, se redujeron a 7 ítems los que conforman la dimensión de “caminabilidad”, y a 2 la “conectividad”.

En consecuencia, para valorar el concepto de “caminabilidad” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- Las personas pueden caminar fácilmente hacia el recurso.
- El recurso tiene buena comunicación a pie con otros recursos dentro de la zona.
- No hay barreras físicas de la configuración urbana (grandes calles, autopistas, vallas/muros...) o accidentes geográficos (lago o río, terreno escarpado) que dificulten realizarla a pie.
- La pendiente de la calle no dificulta realizar la ruta a pie.
- El diseño de la calle ayuda a realizar la ruta a pie (anchura de la acera).
- El trayecto resulta atractivo para el peatón por la diversidad de usos de la calle (comercial, ocio...).
- El entorno de acceso al recurso es amigable (espacioso y con cielo visible).

En consecuencia, para valorar el concepto de “conectividad” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- Este recurso está bien conectado con otros puntos de interés de la ciudad.
- Para llegar al recurso, se puede acceder a una variedad de opciones de transporte a menos de 5 min a pie (autobús, tranvía, metro, automóvil,...).

## INTELIGIBILIDAD

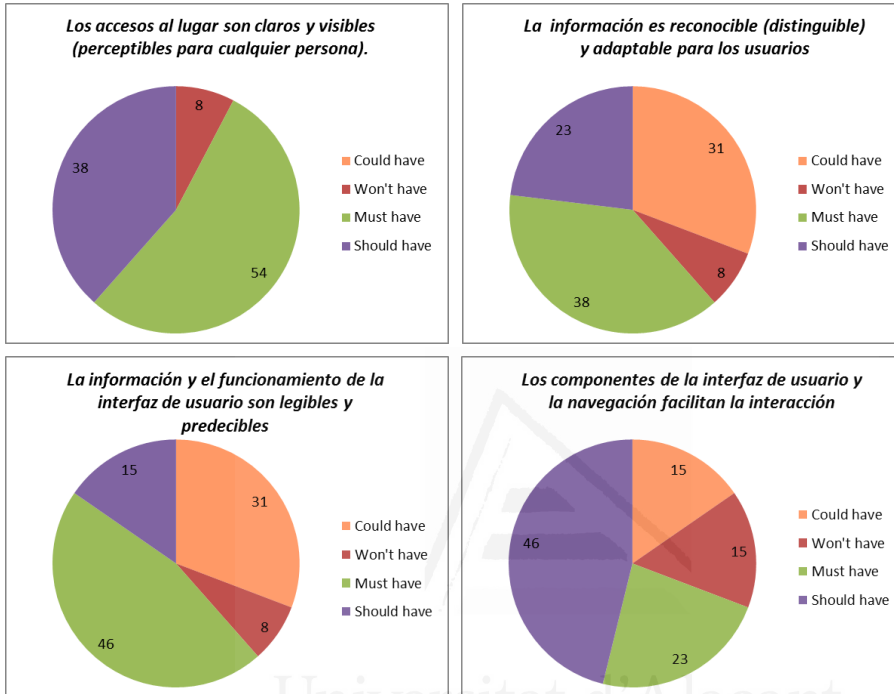
La dimensión de “inteligibilidad” es una de las de mayor reducción de ítems en términos relativos, al pasar de 9 a 6 (figura 5.26).

Los ítems “sobre la accesibilidad web... - La información es reconocible (distinguible) y adaptable para los usuarios. - La información y el funcionamiento de la interfaz de usuario son legibles y predecibles (son comprensibles). - Los componentes de la interfaz de usuario y la navegación facilitan la interacción (son operables)”, han sido eliminados por recibir comentarios que referían no desagregar demasiado la idea de accesibilidad web, y también por no tener valoraciones muy positivas en cuanto a su relevancia, si bien es cierto que no cumplían los criterios para su supresión directa.

En consecuencia, para valorar el concepto de “inteligibilidad” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- El recurso es distinguible o notorio en el territorio.
- Los accesos al lugar son claros y visibles (perceptibles para cualquier persona)
- Dispone de algún medio informativo (página web, tablón de anuncios,...) a través del cual sea posible acceder o se pueda solicitar dicha información.
- Si el recurso dispone de medio informativo... Está configurado de tal forma que garantiza una legibilidad universal (respondiendo a cualquier limitación: visual, auditiva, cognitiva, cultural-lingüística,...).
- Si el recurso dispone de medio informativo... Se puede acceder al contenido desde diferentes dispositivos.
- Si el recurso dispone de medio informativo... El contenido es lo suficientemente inequívoco como para que pueda ser interpretado de manera confiable por una amplia variedad de usuarios.

**Figura 5.26: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Inteligibilidad” (%)**



Fuente: Elaboración propia.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## IDENTIDAD

Han recibido también buenas valoraciones generales los ítems que se incluyen en la dimensión de “identidad”, la cual se encuentra por encima de la media (80%). Ello muestra que esta dimensión recoge bien la subjetividad individual y del vecindario para interpretar un recurso como activo para la salud.

Se ha observado que, los ítems que hacían referencia de forma diferenciada a las tres categorías incluidas (“singularidad”, “apropiabilidad” y “apego”), cuando se numeraban seguidamente uno tras otro, en ocasiones se interpretaban como reiterativos. Un ejemplo de ello son los ítems: “Se trata de un recurso característico de la zona” (de la categoría de Singularidad) y, “El recurso es percibido como propio de la comunidad” (de la categoría de Apego).

Algunos expertos aconsejaron eliminar el término de «patrimonio» que aparecía en varios ítems, con intención de hacer un guiño a la importancia que tienen los activos inmateriales de historia o cultura, en muchos recursos del territorio.

*«Eliminaría "patrimonio", no se entiende» (Exp4). «Comprendo bien por qué lo habéis puesto, pero en todo momento se habla de recurso exclusivamente» (Exp9).*

Por otro lado se manifestó que algunos ítems podían ser confusos en la interpretación (figura 5.27). Por ejemplo el referido a los elementos singulares o distintivos:

*«La expresión singulares/distintivos puede plantear muchos problemas a la población» (Exp9).*

... o también el ítem “El estilo del recurso o lugar refleja parte de mi identidad”.

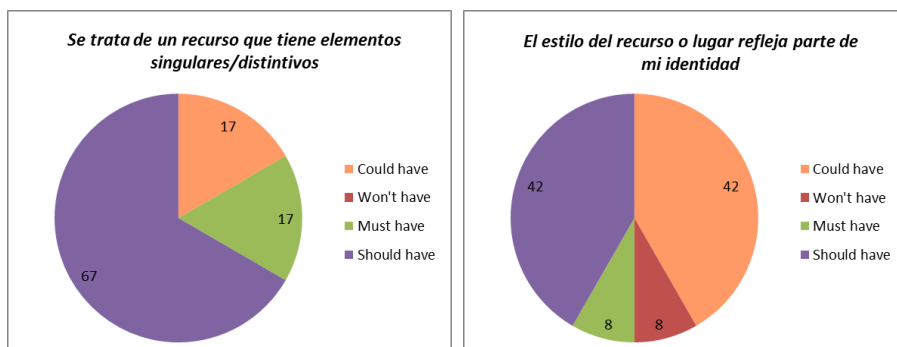
«La identidad es un elemento complejo, esta pregunta no abarca ni la aborda con amplitud» (Exp3). «No la veo imprescindible, y quizá tampoco se acabe de comprender» (Exp12).

En consecuencia, para valorar el concepto de “identidad” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- El recurso es especialmente significativo para la mejora de mi salud o bienestar.
- El recurso es percibido como característico de la comunidad.
- Se trata de un recurso que tiene elementos singulares/distintivos.
- Los rasgos característicos del recurso (factor humano, servicios que ofrece) son difícilmente imitables o replicables.
- He tenido tantas experiencias de uso del lugar o recurso que me siento relacionado con él.
- No imagino otro recurso alternativo que sea mejor.
- Considero positivo la existencia de este recurso por los beneficios que proporciona y/o las oportunidades de uso futuro.
- El recurso es importante para alguien cercano (familiar, amigo, o conocido...).
- Este lugar o recurso forma parte de mi vida diaria.
- Disfruto el recurso estando con otras personas de mi entorno.

Todos estos comentarios se tomaron en consideración para modificar la redacción y fusionar algunos ítems.

**Figura 5.27: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Identidad” (%)**



Fuente: Elaboración propia.

## DISEÑO

La dimensión de “diseño” no es la peor valorada en términos generales, pero si algunos de sus ítems en particular. Es la dimensión que más se ha visto reducida en número de ítems, pasando de 35 a tener 16, tras diversas modificaciones como se puede ver en la tabla 5.14.

Los ítems cuatro, catorce y veintiséis (figura 5.28) han sido eliminados de la herramienta, por cumplir el criterio de valoraciones negativas *Won't have*. Además, el ítem catorce que se dice “El recurso dispone de una infraestructura modular que promueve el uso constante y óptimo del espacio” fue el peor valorado de la herramienta con solo un 33% de respuestas *Must/Should have*. Se propone una reformulación: «el recurso dispone de una infraestructura en donde yo me encuentro cómodo», pero se ven confluencias con otros ítems, por lo que se decide reformular algunos de ellos.

Además, los ítems relacionados con el confort (térmico, visual y calidad del aire) han sido reformulados para recoger las propuestas de reducir el nivel de desagregación.

Las modificaciones se discutieron de nuevo en la ronda de discusión Q3 y fueron bien recibidas: «Estoy de acuerdo con el análisis que ha realizado y sus implicaciones» (Exp1); salvo un experto que opinó suprimir la dimensión. Esta consideración puede ser acorde con la opinión inicial de abordar también los activos intangibles donde dimensiones como “diseño” no tendrían cabida.



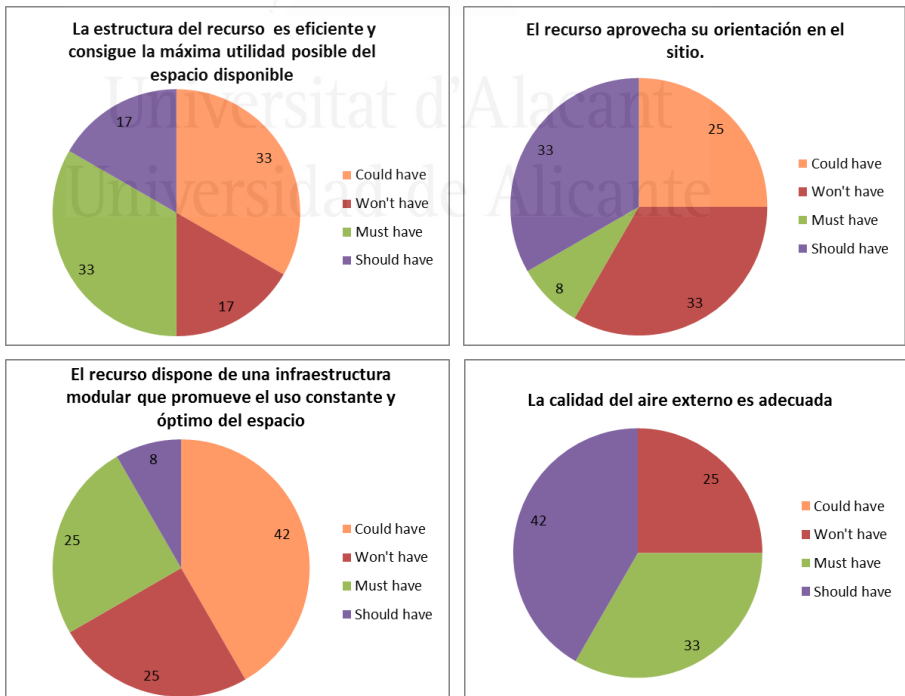
**Tabla 5.14: Ítems dimensión “Diseño” antes y después del panel de expertos.**

Ítems iniciales	Ítems después del Panel
La estructura del edificio es eficiente y consigue la máxima utilidad posible del espacio disponible.	→ <b>La forma del recurso facilita su función</b>
El recurso está bien compuesto/organizado permitiendo que el total de la población haga uso de él (diseño universal).	El recurso está bien organizado permitiendo que el total de la población haga uso de él (diseño universal).
El recurso es suficientemente espacioso para el uso esperado o servicios a los que está destinado.	El recurso es suficientemente espacioso para el uso esperado o servicios a los que está destinado.
El recurso aprovecha su orientación en el sitio.	<del>El recurso aprovecha su orientación en el sitio.</del>
El recurso ha respondido al microclima del entorno.	<del>El recurso ha respondido al microclima del entorno.</del>
El recurso tiene la infraestructura (instalaciones, objetos, materiales) suficientes.	→ <b>El recurso tiene la infraestructura suficiente (instalaciones, medios materiales,...).</b>
Las instalaciones del recurso son apropiadas para atender las funciones objetivo.	
Se observan elementos que evocan naturalidad (percepción visual de verde superior al 20% del espacio total del recurso).	Se observan elementos inspirados en espacios naturales (percepción visual de verde superior al 20% del espacio total del recurso).
La forma y los elementos empleados están bien detallados o elegidos con precisión.	<del>La forma y los elementos empleados están bien detallados o elegidos con precisión.</del>
En general, este recurso es atractivo.	→ En general, este recurso es atractivo.
El recurso produce una buena primera impresión.	
Los elementos utilizados (color, texturas, flora...) mejora el disfrute del recurso.	→ <b>La decoración es agradable (color, texturas,... mejoran el disfrute del recurso).</b>
La configuración del recurso proporciona flexibilidad para su adaptación a circunstancias cambiantes en su uso.	→ <b>El recurso es fácilmente adaptable a diferentes usos.</b>
El recurso dispone de una infraestructura modular que promueve el uso constante y óptimo del espacio.	
El recurso ofrece una amplia disponibilidad horaria de sus servicios, o se adecua a necesidades específicas de sus usuarios.	El recurso ofrece una amplia disponibilidad horaria de sus servicios, o se adecua a necesidades específicas de sus usuarios.
El recurso ofrece simultáneamente diferentes oportunidades o funciones.	<b>El recurso ofrece varios servicios o funciones a la vez.</b>
La forma del recurso es conveniente, agradable o apacible.	→ <b>La forma del recurso es agradable o apacible y los usuarios se sienten cómodos en él.</b>
El recurso genera un bajo número de quejas reportadas por los usuarios.	
El recurso y sus instalaciones dan una apariencia general de un adecuado mantenimiento.	<del>El recurso y sus instalaciones dan una apariencia general de un adecuado mantenimiento</del>
El recurso se ve cuidado, limpio y ordenado.	→ El recurso se ve cuidado, limpio y ordenado.
La calidad acústica es apropiada para el uso y comodidad	
El recurso es tranquilo o tiene espacios que transmiten serenidad.	→ <b>El recurso es tranquilo, tiene baja exposición al ruido, o dispone de espacios que transmiten serenidad.</b>
El recurso no permite un nivel de exposición al ruido mayor de 55 dBA entre las 7 y las 22 horas.	
El recurso no permite un nivel de exposición al	

ruido mayor de 35 dBA durante la noche.  
 La calidad del aire es apropiada para el uso y comodidad del recurso. → **Se respira un aire adecuado y los olores son agradables.**  
 La calidad del aire externo es adecuada  
 Se respira un ambiente fresco y agradable en el lugar. →  
 Las fragancias de olor en el espacio son confortables. →  
 La temperatura ambiental del recurso es adecuada para su uso (técnicamente de 20 a 26°C, o un balance de energía de -50 y 50 W/m<sup>2</sup>) → **La temperatura ambiental del recurso es adecuada para su uso.**  
 La temperatura ambiental del recurso es adecuada durante más de 8h al día en verano. →  
 La temperatura ambiental del recurso es adecuada durante más de 4h al día en invierno. →  
 El recurso es adecuado por su iluminación y colores → **Hay suficiente luz natural en el lugar y su iluminación es adecuada.**  
 Hay suficiente luz natural en el lugar. →  
 Los niveles de iluminación artificial en el recurso son suficientes →

Fuente: Elaboración propia

**Figura 5.28: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión de “Diseño” (%)**



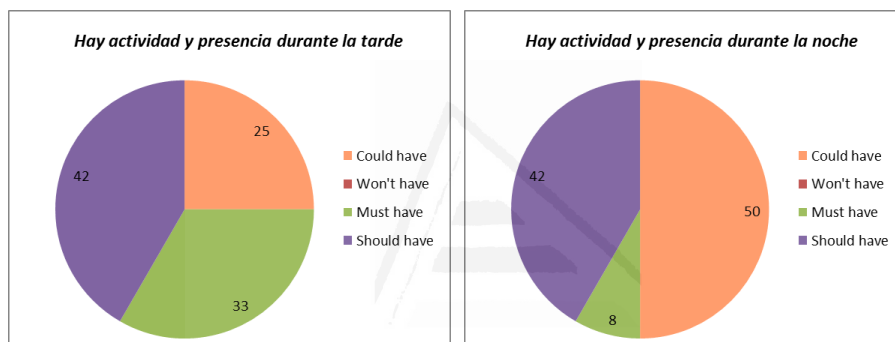
Fuente: Elaboración propia.

## SEGURIDAD

La dimensión de “seguridad” se ha reducido de 16 a 13 ítems.

Los expertos recomendaron fusionar en uno solo los ítems que se referían a la presencia de actividad o uso del recurso en los diferentes momentos del día (figura 5.29)

**Figura 5.29: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Seguridad” (%)**

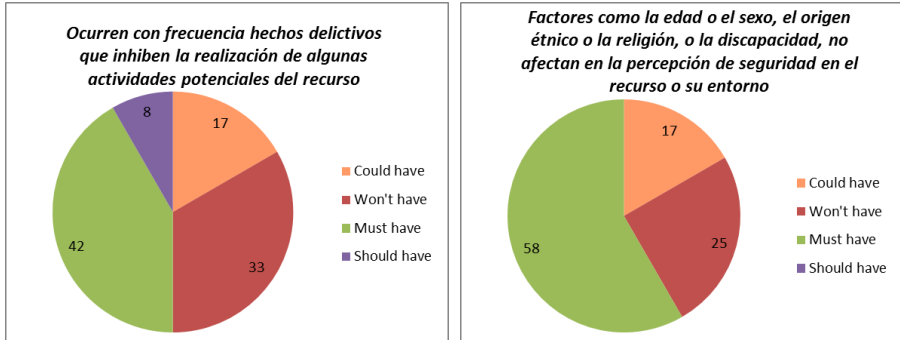


Fuente: Elaboración propia.

Pero sin duda la afirmación que más debate generó fue la referida al ítem “Factores como la edad o el sexo, el origen étnico o la religión, o la discapacidad, no afectan en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno”, tanto por las discrepancias en las valoraciones de *Won't have*/*Must have* (0,84/1), como en los comentarios (figura 5.30). En este sentido, en la ronda Q2 algunos expertos propusieron desagregarlo por factores específicos (edad, sexo, etnia, discapacidad):

*«...yo lo separaría»* (Exp2), *«no se entiende, habría que diferenciar los diferentes factores, para conocer cuál es que relacionan con la percepción de seguridad»* (Exp5)

**Figura 5.30: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Seguridad” (%)**



Fuente: Elaboración propia.

Si bien se ha efectuado esta desagregación, cabe decir que el propósito de este ítem, como el de otros a lo largo de la herramienta (la proximidad en distancias, etc.), no es el hecho de obtener una medición concreta sino la cualidad que refuerza el valor del recurso. Por ejemplo, en este caso concreto no interesa conocer qué factores afectan a la percepción de seguridad, sino la fuerza con que lo hacen. Preguntándolo de forma que las respuestas «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo» tengan relación directa con el valor (en positivo) que adopte el recurso, la redacción quedaría de la siguiente manera:

- La edad no es determinante en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.
- Las diferencias de sexo/género no son determinantes en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.
- Las diferencias étnicas y culturales no son determinantes en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.
- La discapacidad no es determinante en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.

A esto se refirió un participante en la tercera ronda de discusión:

*«Si en el enunciado se mencionan los diferentes factores (edad, sexo, origen étnico,...) y se dice que no son determinantes ¿Para qué preguntar la valoración de una frase que niega la vinculación con la dimensión seguridad?» (Exp4).*

Cuando formulamos que la edad “no” es determinante en la percepción de seguridad, no se busca negar la evidencia sino proponer una descripción en positivo del factor edad respecto a esa percepción. De este modo, si se valora dicho ítem como «totalmente de acuerdo», éste sumará más valor (positivo) a la evaluación del activo.

En consecuencia, para valorar el concepto de “seguridad” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- Existen mecanismos de protección y de seguridad (cámaras de vigilancia, cuerpos de seguridad...).
- La infraestructura y su diseño previenen el riesgo de lesiones.
- Existen pruebas de vandalismo en el recurso y su entorno (desperfectos...).
- Las normas de uso facilitan un espacio seguro.
- En el recurso o su entorno hay algún medio donde obtener ayuda de emergencia.
- Hay transparencia o campo visual entre el recurso y el exterior.
- Hay presencia ciudadana en el entorno durante el horario de utilización del recurso.
- El recurso, su infraestructura y diseño, transmiten confianza y seguridad para realizar las actividades esperadas.
- Tengo buenas referencias acerca del recurso (conocimiento, información positiva...).
- La edad no es determinante en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.
- Las diferencias de sexo/género no son determinantes en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.
- Las diferencias étnicas y culturales no son determinantes en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.
- La discapacidad no es determinante en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.

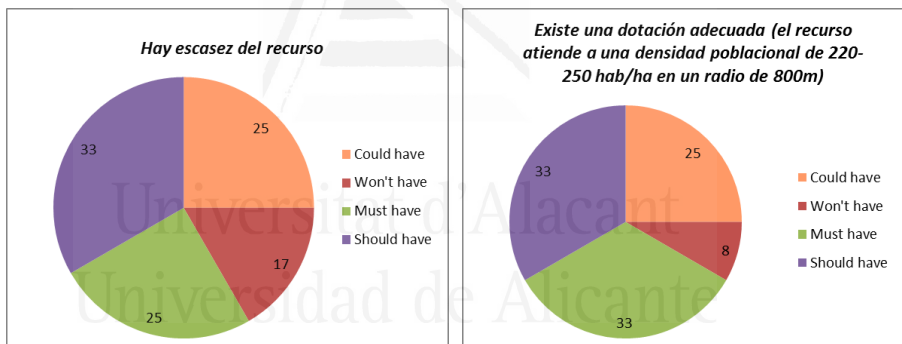
## DIVERSIDAD

La dimensión de “diversidad” ha sido medianamente bien recibida y se ha visto reducida a dos ítems (figura 5.31).

Las regulares valoraciones del ítem “Hay escasez del recurso” fueron hechas considerando su similitud con respecto al siguiente ítem, que dice “Existe una dotación adecuada”.

Los expertos también animaron a simplificar la redacción de todos ellos.

**Figura 5.31: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Diversidad” (%)**



Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, para valorar el concepto de “diversidad” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- El recurso presenta la cantidad y variedad de instalaciones u oferta de productos suficiente para prestar adecuadamente su función.
- Hay una oferta adecuada en el vecindario de este tipo de recurso.

## PÚBLICO

Sin duda la dimensión “público” fue la peor valorada, tanto en la primera ronda de discusión como en posteriores, con un 54% de conformidad en la relevancia por análisis de ítems agregados (figura 5.32).

Por ítems, ninguno de los tres propuestas está especialmente bien valorado ni en la categoría que hace referencia a los factores de exclusividad y rivalidad que propician las desigualdades de acceso, ni tampoco en la categoría de “privacidad”.

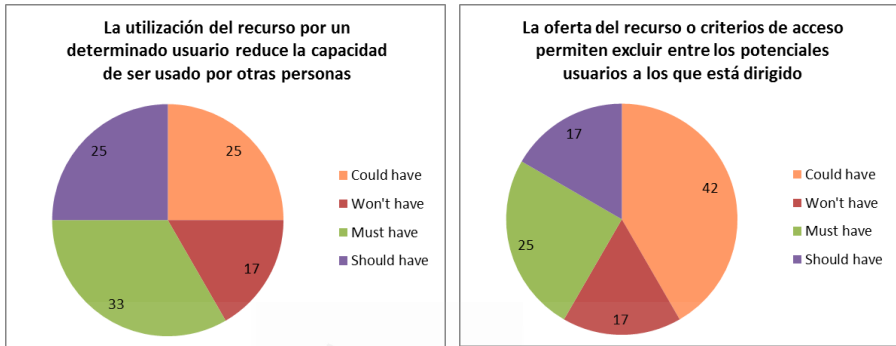
En la tercera ronda (Q3) se puso a discusión la dimensión contemplando el sentido económico de rivalidad y exclusividad, no logrando un acuerdo entre las opiniones, aunque se muestra una posición favorable:

*«Efectivamente, la percepción de exclusividad y/o rivalidad pueden influir en la valoración de un recurso como activo» (Exp7); «Tanto exclusión como rivalidad no los consideraría factores que influyan en la valoración de un activo» (Exp4).*

Una probable explicación sea, la dificultad con la que se pueden encontrar los evaluadores cuando respondan a estos ítems, como bien explica uno de los expertos:

*«Creo que la cuestión clave aquí es hasta qué punto la dimensión pública (o privada) tiene un mecanismo para monitorear el impacto en la equidad de acceso; equidad de trato; equidad de resultado; equidad de costo (financiero o psicológico) para hacer uso de los servicios disponibles» (Exp1).*

**Figura 5.32: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Público” (%)**



Fuente: Elaboración propia.



## SOSTENIBILIDAD

La “sostenibilidad” fue la dimensión mejor valorada en cuanto a su relevancia según el análisis de ítems agregados (figura 5.33).

Relacionado con la perspectiva anteriormente mencionada sobre los recursos de titularidad pública, estaría el ítem “Estoy dispuesto a pagar por el uso del recurso un precio superior al actual para poderlo utilizar” que hace referencia al concepto de rentabilidad (privada o social). Este ítem en particular cumple el criterio de valoraciones negativas *Won't have* que sugiere su eliminación, sin embargo decidimos ponerlo a discusión de nuevo en la ronda Q3 para conocer más en profundidad la opinión de los participantes:

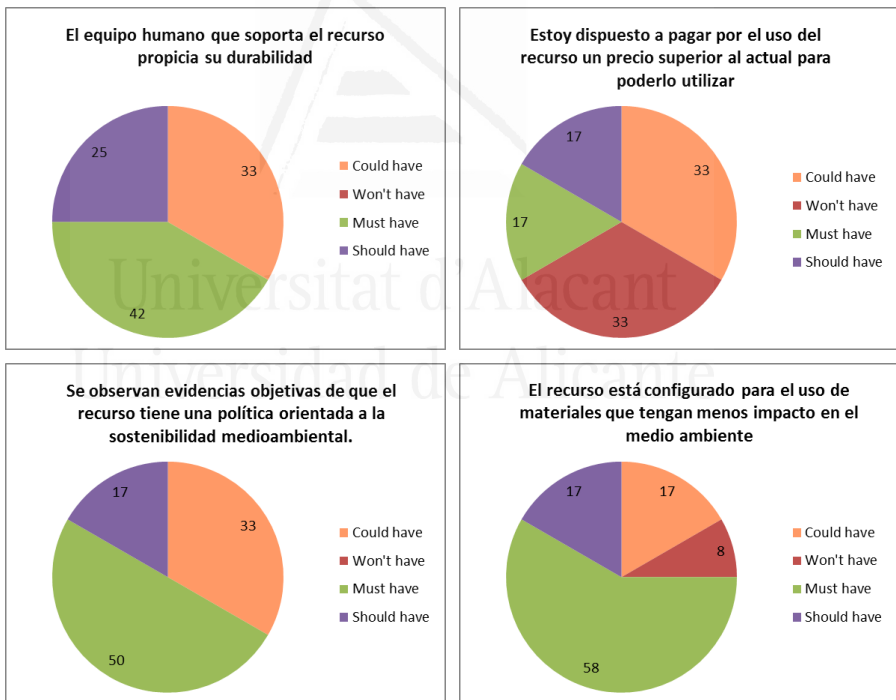
«Creo que, hablando de bienes públicos, dicha consideración a la rentabilidad puede resultar confusa y/o mal interpretada. En todo caso, la consideración a la rentabilidad social podría o debería vincularse a la idea del pago de impuestos. De este modo, el ítem podría ser así: *Estoy de acuerdo en que mis impuestos se destinen a sufragar los sobrecostes actuales generados por el recurso para poderlo utilizar*» (Exp6)

Sin embargo, esta redefinición del ítem haría que sólo pudiéramos evaluar la rentabilidad de los servicios públicos y no de recursos privados que igualmente pudieran tener una rentabilidad social.

En general se manifestó nuevamente la dificultad que podía suponer medir esta dimensión por un “ciudadano de a pie”. Otros comentarios se dirigieron a enfocar el concepto de sostenibilidad, no desde el punto de vista de coste-beneficio, si no desde la “calidad de vida”.

Otros ítems que no fueron valorados positivamente fueron los siguientes: “El equipo humano que soporta el recurso propicia su durabilidad”, “Se observan evidencias objetivas de que el recurso tiene una política orientada a la sostenibilidad medioambiental”, “El recurso está configurado para el uso de materiales que tengan menos impacto en el medio ambiente”. Todos ellos fueron suprimidos de la herramienta al considerar otras posibilidades.

**Figura 5.33: Relevancia de los ítems incluidos en la dimensión “Sostenibilidad” (%)**



Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, para valorar el concepto de “sostenibilidad” se han incluido en la escala los siguientes ítems:

- El equipo humano que soporta el recurso propicia su durabilidad.
- En el recurso se observan medidas de innovación y mejora que aumentan su valor y repercuten positivamente en la salud.
- Con el paso del tiempo, el recurso muestra capacidad de adaptación estratégica a las nuevas necesidades de la comunidad.
- El recurso soporta bien su uso y desgaste, y requiere poco mantenimiento.
- El recurso es utilizado por un alto número de sus usuarios potenciales y de forma frecuente.
- Los beneficios que aporta el recurso a la comunidad son superiores a los costes.
- Estoy dispuesto a pagar por el uso del recurso un precio superior al actual para poderlo utilizar.
- Existen o pueden existir otros recursos sustitutivos para atender la misma función o funciones y de manera menos costosa para la comunidad.
- Considerando todos los aspectos, el recurso respeta el medio ambiente.
- El recurso promueve la participación de la población.
- El recurso es un claro “soporte” como receptor de numerosas actividades o servicios comunitarios.
- El recurso ejerce un papel proactivo en el desarrollo de actividades en su comunidad.
- El recurso es referente en la intermediación o enlace entre otras actividades o recursos.
- El recurso tiene relación directa con recursos influyentes o importantes de la comunidad.
- El recurso facilita las relaciones entre personas de la comunidad, contribuyendo al bienestar colectivo.
- La inclusión y participación social son relevantes en los objetivos y organización interna del recurso.
- El recurso contribuye a reducir las desigualdades sociales.

#### 5.4. CONFIGURACIÓN FINAL DEL INSTRUMENTO Y MEDICIÓN

Tomando en consideración las opiniones y aportaciones de los expertos, finalmente se ha definido una escala conformada con 103 ítems que se organizan según las 14 dimensiones originalmente identificadas. Se puede ver en el ANEXO 4.

Si se hace uso de la herramienta como una lista de verificación de respuesta de doble opción, las puntuaciones extremas de la escala coincidirían con el número de ítems afirmativamente respondidos: de 0 puntos hasta 103. En nuestro caso los expertos aconsejaron la medición con cinco puntuaciones y de valoración positiva: *“Le recomendaría que escala Likert-5 y solo puntuación positiva, de 1 a 5 puntos”* (Exp4). En este supuesto, las puntuaciones se situarían desde 103 puntos como mínimo, hasta 515 puntos como máximo. Se puede ver la puntuación estructurada por dimensiones en la tabla 5.15. La puntuación final, organizada en tres rangos, quedaría de la siguiente manera: 103 – 240, 241 – 377; 378 – 515.

Hay estudios, como el de Mosavel *et al.* (2018), que en el proceso de mapeo de activos diferencian entre activos de salud y recursos potenciales. Si asumimos esta proposición, las puntuaciones por rangos podrían orientar a la hora de distinguir un recurso (potencial), de un activo para la salud. En este sentido planteamos la siguiente propuesta: el primer rango de puntuación correspondería al de un recurso (103-240 puntos), el rango intermedio (241-377 puntos) al de un recurso potencial, y el rango superior al de un activo para la salud (378-515 puntos).

**Tabla 5.15: Puntuaciones mínima y máxima para cada dimensión.**

<b>Dimensiones</b>	<b>Puntuación mínima</b>	<b>Puntuación máxima</b>
Utilidad	9 puntos	45 puntos
Intención	10 puntos	50 puntos
Uso anterior	3 puntos	15 puntos
Asequibilidad	3 puntos	15 puntos
Proximidad	2 puntos	10 puntos
Caminabilidad	7 puntos	35 puntos
Conectividad	2 puntos	10 puntos
Inteligibilidad	6 puntos	30 puntos
Identidad	10 puntos	50 puntos
Diseño	16 puntos	80 puntos
Seguridad	13 puntos	65 puntos
Diversidad	2 puntos	10 puntos
Público	3 puntos	15 puntos
Sostenibilidad	17 puntos	85 puntos

Fuente: elaboración propia.

Este planteamiento considera que las diferentes dimensiones y sus ítems tienen igual importancia en la herramienta, o también, que su peso en la valoración de un activo es el mismo. Esta posición puede ser discutida y, si bien se podría solventar por medio de un análisis factorial de los ítems, fue preguntada en el panel de expertos, quienes consideraron, salvo dos de ellos, que todos los ítems y sus dimensiones deberían tener una misma ponderación.

*“No tienen el mismo valor, los ítems con mayor transcendencia en mi opinión son los relacionados con la identidad y*

*sostenibilidad, si ponderaría más unas dimensiones que otras”*  
(Exp4)

Además, otro experto añadía lo siguiente:

*“[...] estos criterios, en mi humilde opinión, deberían estar vinculados al impacto, que podría operacionalizarse en términos de equidad, solidaridad intergeneracional, sostenibilidad o reducción de desigualdades...”* (Exp1)

A este respecto, el planteamiento inicial, podría complementarse con otros que se manifiestan de forma diversa en la literatura.

Un ejemplo interesante, es una sencilla regla que propone el *Project for Public Spaces* (2016) con el propósito de “interpretar las condiciones que hacen que un lugar sea exitoso (dentro de la ciudad)” (p.2). Esta regla recibe el nombre de «el poder de diez o más» (*Power of 10+*), y establece que cualquier ciudad debe tener al menos diez «destinos» donde la gente quiera estar, y estos lugares son exitosos cuando tienen por lo menos diez razones para usar o estar en ellos (Project for Public Spaces, 2004, p.2). De forma paralela, en el caso particular de nuestra herramienta se podría plantear la siguiente directriz: el cumplimiento de al menos diez dimensiones con una puntuación mínima preestablecida (el 50% de la puntuación máxima para cada dimensión).

Otro procedimiento alternativo, siguiendo el ejemplo del método empleado por la *Commission for Architecture and the Built Environment* (2007), podría consistir en pedir a los evaluadores, que tras responder a la lista de verificación, ponderasen del 1 al 10 la importancia que individualmente otorgan a cada una de las catorce dimensiones. La

puntuación final de cada dimensión surgiría de multiplicar la suma de las puntuaciones de cada dimensión por su ponderación en tanto por cien. De forma gráfica, estas valoraciones por dimensiones podrían representarse a través de «diagramas de araña». Este tipo de gráficos permite puntuar sobre varios ejes el peso que tiene cada dimensión, y su unión gráfica por una línea indica el área de valoración positiva que tenga un activo para la salud (figura 5.34).

En el estudio de Collinson y Best (2019) se propone el «sistema de semáforo» para la exploración de los activos. Según los autores, este sistema permite dar a cada activo una calificación visualizada, por medio de tres colores: rojo, ámbar o verde. El estudio clasifica los activos por medio de dicho sistema y en función de las dimensiones de asequibilidad, accesibilidad, conectividad y redes sociales (que en nuestro caso se entiende como “centralidad”). En nuestra propuesta, al igual que Collinson y Best (2019) expresaron:

*“Las calificaciones de los usuarios que se otorgan a los activos mediante la escala de calificación (del semáforo) se pueden usar más adelante en un proyecto comunitario más grande y pueden ayudar a arrojar luz sobre la suma del capital comunitario del área local. Las calificaciones de los usuarios se pueden compartir con otros y, en forma de «Trip-Advisor», se pueden utilizar como un método para recomendar activos de la comunidad local a otras personas con intereses compartidos” (p.8)*

**Figura 5.34: Ejemplo de «Diagrama de araña».**



Fuente: Elaboración propia.

En este punto vienen a la cabeza otras experiencias similares como puede ser el proyecto «MAPcesible»<sup>76</sup> de la Fundación Telefónica. Este proyecto nace con el objetivo de ser una plataforma colaborativa donde cualquier persona pueda mapear la accesibilidad de los lugares que visita, o consultar otras valoraciones. Una de las claves de MAPcesible es que está abierto a toda la sociedad por medio de una aplicación móvil, permitiendo así que cualquier persona se convierta en voluntario digital y pueda colaborar mapeando nuevos lugares y logrando sensibilizar a la sociedad. Una adaptación de esta *app* se podría plantear como futuras actuaciones en la aplicación de nuestra herramienta aprovechando las nuevas tecnologías (figura 5.35).

<sup>76</sup> «Mapcesible» de la Fundación Telefónica; acceso a la web <https://www.fundaciontelefonica.com/voluntarios/mapcesible/>



De esta manera, el mapa de activos podría incluir, a su vez, las valoraciones de cada activo comunitario identificado en el mapa, aportando información muy útil para organizaciones comunitarias o instituciones. Cada usuario o un grupo de personas, tendrían la posibilidad identificar y geoposicionar los recursos comunitarios en el mapa digital agrupados según, por ejemplo, la clasificación de Kretzmann y McKnight (1993): institucionales, organizacionales, físicos. Estos recursos podrían ser nombrados y descritos brevemente con información de referencia, contacto o incluso acceso web, servicios, etc. Entrando libremente en cada recurso, el usuario o todos los que accedieran, tendrían que valorarlo según la escala de medición. Esta puntuación sería ponderada según el número de evaluadores y organizada según los tres rangos ya mencionados (recurso – recurso potencial – activo), y visualizada por medio de los tres colores del sistema «semáforo».

En cualquier caso, el análisis de las puntuaciones finales y las conclusiones valorativas habrá que hacerlas con suma precaución, no siendo finalidad de la herramienta la comparación entre recursos. Esto se debe a que el análisis no deja de ser subjetivo del individuo o grupo de sujetos que hagan uso de la herramienta y, además, es cambiante según el contexto.

**Figura 5.35: Boceto de aplicación móvil para la valoración de activos y mapeo.**



Fuente: Elaboración propia.

La escala propuesta se entiende como una herramienta que permita, además de guiar la valoración individual o colectiva de un activo de salud, proponer un esquema de criterios para la priorización de recursos atendiendo a sus fortalezas, así como a las carencias o problemas que se detecten en ellos y que hacen que no sean percibidos como activos por parte de la comunidad. Este será un primer paso a la hora de instaurar estrategias de Promoción de la Salud, de mejora del bienestar, o de actuación sobre las desigualdades sociales en salud.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **CAPÍTULO 6**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

«La ciencia es todo aquello sobre lo cual siempre  
cabe discusión»

*José Ortega y Gasset*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 6.1. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se ha desarrollado una muy extensa búsqueda bibliográfica sobre los fundamentos teóricos del paradigma salutogénico y las propuestas metodológicas desarrolladas a nivel global, planteadas en respuesta a una necesidad sentida desde muy diversas disciplinas, más allá incluso de las estrictamente relacionadas con la salud (psicología, ciencias sociales, ecología, economía,...). Se ha observado que en todas ellas se manifiesta la importancia de trabajar con las personas, la comunidad o el sistema socioeconómico, en descubrir y potenciar aquellas fortalezas personales y los recursos del entorno, con el propósito de mantener y mejorar nuestra calidad de vida, en el sentido más amplio: mental, social, ambiental o económico. En otras palabras, trabajar con un enfoque positivo y basado en activos, que garantice nuestro más alto nivel de salud.

Al principio de la tesis se justificaba que, ante esta ilusionante perspectiva de trabajo co-productivo «en y con» la comunidad en favor de identificar aquellos recursos y fortalezas que mejoran su resiliencia y la salud pública, se observaba la dificultad de acordar cuáles eran esos activos que pudieran influir en mayor medida y por qué razón. Esta cuestión ha sido puesta de manifiesto por la literatura, y particularmente por aquellos estudios descriptivos de experiencias de intervención comunitaria como, por ejemplo, el trabajo de Aviñó (2017) o el de Jakes *et al.* (2015). Inicialmente nos planteamos las siguientes preguntas:

¿Qué entiende la literatura por activos para la salud y qué no? ¿Qué diferencia un activo para la salud de otros recursos? ¿Todos los recursos son potenciales activos para la salud?

Diferentes disciplinas han desarrollado un marco conceptual propio conforme a lo que consideran desde su enfoque positivo. Esto ha dado lugar a una importante proliferación de términos en torno al concepto de “assets”. En el campo de la psicología y las ciencias sociales, autores como Eriksson y Lindström (2010) recogieron en el “paraguas salutogénico” muchos de estos conceptos y teorías que convergen en su enfoque positivo para explicar la salud y la calidad de vida de las personas. De algún modo, se puede hacer referencia a todos ellos a través de la definición que Morgan y Ziglio (2007) hacen de “health assets”, que permite incluir desde activos intra-personales, como el Sentido de Coherencia de Antonovsky, la fortaleza de Kobasa, o la resiliencia de Werner, hasta activos inter-personales como el capital social de Putnam o el capital cultural de Bourdieu. Todos estos comparten la cualidad de factores protectores en la salud, y aparecen de forma implícita en múltiples propuestas como la que realizaron Scales y Leffert (1999), junto con el Search Institute en su propuesta técnica de “developmental assets”, para guiar estrategias de Promoción de la Salud en los más jóvenes. A su vez, Antonovsky ya hablaba de recursos de resistencia (GRR o SRR), como cualquier característica de una persona, grupo o entorno que pueda facilitar el manejo efectivo del estrés, pudiendo ser de naturaleza genética o biológica, física, material, cognitiva, emocional, actitudinal, relacional, sociocultural, espiritual y psicosocial (Antonovsky 1979, 1987, 1996; Mittelmark *et al.*, 2017).

Con un enfoque práctico, autores como Kretzmann y McKnight (1993) importan el concepto de activos a la comunidad, en una perspectiva de desarrollo mucho más cercana al enfoque económico, bajo el cual, se entiende como activo a todo recurso del que pueda hacer uso una empresa o sistema organizativo para su beneficio (Fernández y Suárez, 1996). Estos

autores animan a trabajar con los miembros de la comunidad, fortaleciendo su agencia colectiva e identificando todas las fortalezas o recursos de los que disponen y permiten su desarrollo interno y sostenibilidad. Una interesante perspectiva en la forma de trabajar que Morgan y Ziglio (2007), en su Modelo de Activos, animan a asumir como un enfoque práctico para la salud pública basada en la orientación salutogénica de Antonovsky. En este punto, el término de activos adopta una concepción más terrenal, refiriéndose también a lugares físicos, instituciones u organizaciones, relaciones y sistemas de co-producción, relatos e historias. Mucho más allá de los activos intrapersonales y donde prácticamente tiene cabida todo aquello que la comunidad identifica como propio y con potencial beneficio para su convivencia, desarrollo y salud.

Desarrollo, sostenibilidad y salud, son conceptos que cada vez se observan más interrelacionados desde el enfoque positivo de diversas disciplinas. Ruiza y Orozco (2016) dicen que la sostenibilidad es determinante de la salud pública actual y de las futuras generaciones, en todos sus niveles organizacionales, y esto ha sido destacado también en el panel de expertos cuando se ha analizado la relevancia de las dimensiones y sus ítems, observándose que las categorías de mantenimiento o durabilidad de los recursos, su sostenibilidad medio-ambiental y su sostenibilidad social, en el sentido de intersectorialidad, participación e inclusión de las equidades en salud, son determinantes en la percepción comunitaria de los activos para la salud. Así mismo lo expresa Flint (2010) quien señala que todas estas «piezas» conforman un mismo rompecabezas porque son ingredientes básicos de la vida cotidiana, desde las preocupaciones sobre la biodiversidad o gestión de desechos, hasta la satisfacción equitativa de las necesidades humanas básicas, como la comida, la vivienda, el trabajo, el



vestido, o los medios económicos para lograrlas (Evans *et al.*, 2012; Fisher *et al.*, 2009; Flint, 2010; Naciones Unidas, 1992).

Todas estas «piezas» y experiencias de vida cotidianas conforman, según Antonovsky, muchos de los GRR o SRR de los individuos. A modo de ejemplo, el nivel socio-económico del contexto familiar en el que uno nace, o el propio trabajo, son recursos que influyen en el *continuum* facilidad/no-facilidad de la salud y, si ayudan a mantenerla o mejorarla, se podrían concebir entonces como activos. En este trabajo, se ha visto el interesante paralelismo de teorías, *a priori* desconectadas, como la teoría salutogénica de Aaron Antonovsky (1979) y la teoría de recursos y capacidades en la disciplina económica, en las que se pone igualmente en valor la importancia de que los individuos (o empresas), tengan a su disposición los activos (o recursos y capacidades) que les permita mejorar su «competencia» en salud.

Por su parte, otros autores, relacionan los antecedentes de los activos con los determinantes de la salud (Rotegard *et al.*, 2010; Glasgow Centre for Public Health, 2011), lo que lleva a ampliar este concepto a consideraciones sobre las diferentes inequidades (p.ej. factores socio-económicos, de inclusividad, de accesibilidad, etc.).

Todo esto dificulta el encuadre del concepto de activos para la salud en una definición operativa que permita la planificación de estrategias de Promoción de la Salud, así como la puesta en marcha de intervenciones con la comunidad. Según Stokols *et al.* (2003) los esfuerzos de Promoción de la Salud deben priorizarse según los problemas de salud y también los entornos sociales y físicos que se relacionan directamente con tales necesidades, relacionando estratégicamente los recursos con las

preocupaciones que importan. Los activos obtienen significado en el contexto de las necesidades y éstas se vuelven significativas en la búsqueda de activos (Lazarus, 2009; Kramer *et al.*, 2012). En este sentido hay un interés extendido en descubrir las sinergias entre el enfoque salutogénico y el enfoque de déficits para trabajar desde la complementariedad de ambos enfoques, reconociendo los vínculos dialécticos existentes entre necesidades y activos, o entre factores de protección y factores de riesgo, de la misma manera que Antonovsky se refería al *continuum* facilidad/no-facilidad para la salud (Antonovsky, 1993; Kramer *et al.*, 2012; Lazarus, 2009; Lindström y Eriksson, 2011). Antonovsky también advertía no confundir aquello que conduce al bienestar y lo que produce salud, siendo peligroso suponer que todo lo que es moralmente bueno, es por ende saludable. Según refería, la dimensión de la salud es un *continuum* más entre otros tantos que conforman el constructo de bienestar (Mittelmark, 2017, p.37). Por lo tanto, se entiende que los conceptos de «necesidad - recursos - salud - bienestar» están interrelacionados y, en este sentido, el enfoque de “*health assets*” orbita sobre ellos.

El presente trabajo contribuye a la línea de investigación que propone un marco de correspondencia entre los enfoques que adoptan una óptica centrada en los activos y las necesidades como ya sugería el modelo teórico EUHPID (Bauer *et al.*, 2006). Nuestra propuesta concierne particularmente al proceso de identificación, valoración y dinamización de los “activos para la salud”, bajo las suposiciones iniciales de que no todos los recursos de un territorio son identificados como activos, y tampoco todos los activos identificados como tales, son considerados igualmente relevantes a la hora de dinamizarlos en estrategias que buscan mejorar la

salud de la comunidad. Analizar esta cuestión, requiere un paso intermedio reflexivo o de concienciación de las personas.

Aunque en sus obras Antonovsky no relaciona de forma explícita su concepto estrella de la teoría salutogénica, el Sentido de Coherencia, con el proceso de “*asset mapping*”, si lo hacen en cambio, de una manera más o menos implícita, autores como Eriksson (2017) o Morgan y Ziglio (2007) en su modelo de activos para la salud pública. En el presente trabajo relacionamos el SOC con el concepto de “activos para la salud”, considerando que sus tres componentes (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) toman un rol individual a la hora de percibir, individual o colectivamente, qué recursos, de todos los que hay en un territorio, son identificados como activos, una vez que se reconocen (se comprenden), se administran y se perciben significativos para mantener o mejorar la salud (ANEXO 3). Esto entronca con los resultados que surgen de examinar morfológicamente las expresiones de «activos de salud» o «activos para la salud», resaltando el significado de “finalidad” o “utilidad” -en salud o convivencia- que los activos tienen por definición y en comparación con los recursos en general. El Observatorio de Salud de Asturias (2012) señala igualmente que “los recursos únicamente son considerados como activos cuando son conocidos, valorados positivamente y utilizados por la población” (p.10). Para Rokeach (1973, como se citó en Jakes *et al.*, 2015, p.395), el concepto de valor se define por aquello que es deseable, tiene un componente afectivo (negativo o positivo) y un componente de comportamiento en el sentido de que es una variable que conduce a la acción cuando se activa.

Por lo tanto, la disponibilidad de un recurso no implica que éste sea reconocido como activo, y tampoco, aun estando disponible y habiéndose

identificado por el individuo o grupo, tiene porqué percibirse como valioso o significativo. Sea como fuere, los tres principios son clave en el proceso de mapeo para movilizar y conectar activos, si bien la significatividad o componente motivacional hacia el recurso (intención de uso o utilidad), es especialmente importante. Recordando las palabras de Lindström y Eriksson (2011), cuando se da significado o valor a algo, es cuando se tiende a imponer una organización de la información y a buscar los recursos disponibles más adecuados.

En la idea del *continuum* «recurso – activo/para la salud» se podrían incluir los llamados activos potenciales que algunos autores ya distinguen de los activos primarios (Aviñó, 2017; Cabeza *et al.*, 2010; Fernández, 2013; Mcknight y Kretzmann, 1990; Mosavel *et al.*, 2018) y que nosotros también proponemos según los rangos de puntuación de la herramienta, e incluso puede ser pertinente incluir el concepto de “activos tóxicos”. En la presente investigación acuñamos este último término para referirnos a cualquier factor o elemento que disuade a una comunidad en su conjunto, o parte de ella, de percibir un recurso (potencialmente saludable) como un activo primario para la salud. Trasladando esta idea a la conocida definición de Morgan y Ziglio (2007), podríamos definir “activos tóxicos” como cualquier factor o recurso que no mejora apreciablemente la habilidad de las personas para mantener la salud y bienestar, o no contribuye de forma significativa a la reducción de las inequidades en salud. Dichos activos tóxicos no deben ser confundidos con los “factores de riesgo” (a una determinada enfermedad o problema de salud) o “factores estresantes tóxicos” (Corburn, 2017), puesto que en este caso nos referimos a los recursos que no satisfacen las necesidades fundamentales de algún colectivo social por razones de accesibilidad, inteligibilidad, seguridad,

equidad, participación, o por algún otro tipo de privación (dimensión de público). A modo de ejemplo, un recurso, por ejemplo un parque, puede ser percibido como un importante activo para un grupo concreto de individuos (cuadrillas de adolescentes blancos autóctonos) y no ser así reconocido por otros colectivos del mismo vecindario por razón de su condición étnica, edad o incluso de género. También puede darse que un mismo recurso pueda merecer diferente valoración según el momento del día, al ser percibido más o menos seguro, o más o menos accesible, etc.

Como ocurre con los activos potenciales, este tipo de activos no son percibidos como reconocibles o manejables por algunas personas. Estas concepciones están relacionadas con la inquietud de Antonovsky cuando se preguntaba si algunos GRR serían más útiles que otros para hacer frente a ciertos estresores (Antonovsky, 1979, p.190), y cuando definió los Déficit Generales de Resistencia como la ausencia de GRR. Antonovsky continuaba diciendo que, más allá de poseer estos recursos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos (Rivera *et al.*, 2011a). Tanto los GRR como los GRD contribuyen al desarrollo del Sentido de Coherencia individual y comunitario (CSOC), y a su vez, este puede contribuir a movilizar otros recursos (Mittelmark *et al.*, 2017). Recordemos que Antonovsky (1979) entendía el SOC como una actitud básica de la persona hacia sí misma o hacia su entorno. En este sentido, parece acertado discurrir en un modelo donde se integre también la dimensión de la actitud o la posición fundamental de la persona que evalúa, en relación con el recurso evaluado.

El término “activo tóxico” permite aunar en un mismo enfoque la percepción positiva de los recursos en base a las necesidades de la población o la comunidad, de forma parecida a la consideración que

Antonovsky hace del “margen de recursos” como la diferencia entre recursos y necesidades (Antonovsky, 1987, p.31).

Además, este concepto también orienta a una reflexión en todo momento de las posibles inequidades en salud, poniendo énfasis en una visión colectiva de co-producción y consenso en la definición de activo, donde las relaciones de poder podrían silenciar la voz de ciertos colectivos según advierten algunos autores como Aldred (2011, como se citó en Teigen y Jess, 2019) o Wang (2006, como se citó en Cubilla-Batista *et al.*, 2017). Entonces, un activo para la salud debe ser reconocido por la comunidad y de una manera consensuada.

Por otro lado, ya se ha dicho que el mapeo de activos, donde éstos son identificados y reconocidos por la comunidad, es solo la primera etapa de un proceso que conduce a su conexión y movilización (Greetham *et al.*, 2012). Como se puede observar en la mayoría de guías prácticas (Ares y Risler, 2013; Cabeza *et al.*, 2010; Foot y Hopkins, 2010; Greetham *et al.*, 2012; Observatorio de Salud de Asturias, 2012) el siguiente paso consiste en priorizar/ponderar los activos identificados, antes de emprender acciones estratégicas. Esta fase suele resultar especialmente compleja porque en muchos casos es ambigua para la ciudadanía y enormemente variable según quien la desempeñe.

Puede ser debido a esta razón por la que se ha observado, a través de la revisión sistematizada y la extensa búsqueda bibliográfica realizadas, que una gran parte de los estudios que describen las experiencias de mapeo de activos, utilizan este procedimiento como medio para involucrar a las comunidades locales en el proceso, presentando como resultados un inventario de las fortalezas intrapersonales o de activos comunitarios que,

sin embargo, no logran alcanzar una visión conjunta de la salud del territorio, o no son empleadas para la planificación de las posibles estrategias o intervenciones comunitarias sobre Promoción de la Salud. Así lo han expresado otros como Morgan y Ziglio (2007), Pons-Vigués *et al.* (2017), o más recientemente Van Bortel *et al.* (2019). Nuestros resultados observan que generalmente se ha pretendido mapear los activos individuales, relacionales o ambientales, prestando atención a cuáles son los factores protectores o promotores de salud, en lugar de preguntarse el «porqué». Se ha invertido mucho esfuerzo en identificar estos activos (a nivel personal, social o comunitario, y en diferentes contextos), en lugar de averiguar los motivos que impulsan a los individuos o la comunidad a fortalecer algunos recursos, o las cualidades comunes que explican que más de un individuo perciba un recurso como activo para su salud, y las condiciones que determinan tales percepciones. Jakes *et al.* (2015) opinan igualmente en la necesidad de examinar más a fondo “cuándo un recurso se convierte en GRR” (Mittelmark, 2017, p.167) y la importancia de desarrollar indicadores apropiados, y señalan que, para que el mapeo de activos se utilice efectivamente como un catalizador para movilizar el cambio, es imperativo revelar y explorar esos valores que subyacen a tales decisiones, de tal forma que las organizaciones bien intencionadas y los miembros de la comunidad puedan comenzar a desarrollar prioridades y objetivos para acciones futuras. Además, McLean y McNeice (2012, como se citó en Friedli, 2013), coinciden con nuestra revisión en la observación de que una gran parte de las investigaciones son evaluaciones de «estudios de caso» y no hay intentos de sintetizar lo que se sabe de estas iniciativas evaluadas.

Con todo esto, nos pareció interesante desarrollar una herramienta que ayudase a discernir, a partir de la mera relación de activos identificados

directamente en el proceso de mapeo, cuáles son aquellos que resultan más valiosos o relevantes para una puesta en marcha más eficaz de las acciones en salud comunitaria. Siguiendo el consejo de Van Kamp *et al.* (2003) de elaborar herramientas con un enfoque transdisciplinario e intersectorial, nos propusimos las siguientes preguntas:

¿Conocemos qué activos para la salud hay en un territorio y porqué la comunidad los identifica así? ¿Hay activos comunitarios para la salud de carácter universal?

Con el propósito de responder a estas preguntas, se realizó una revisión sistematizada con meta-síntesis de diversos estudios descriptivos de experiencias de mapeo de activos que analizaran, tanto el tipo de activos reconocidos por la comunidad participante, como las razones que llevaron a ello. El resultado son catorce dimensiones y veinticinco subcategorías que conforman una guía de consideraciones perceptivas y objetivas que la extensa literatura en diferentes disciplinas (desde la psicología social y ambiental hasta la ecología, el urbanismo o la economía), ha respaldado como aspectos relevantes con resultados de salud. Estas dimensiones son: la utilidad, la intención de uso y el uso anterior; la accesibilidad percibida (que incluye la asequibilidad «circunstancias - oportunidad - accesibilidad económica», y la disponibilidad «proximidad - caminabilidad - conectividad»); y también la inteligibilidad (visibilidad, transparencia); la identidad (singularidad, apropiabilidad, apego); el diseño (configuración, funcionalidad, comodidad); la seguridad (objetiva/subjetiva); la diversidad; la dimensión de público y privacidad; y finalmente la sostenibilidad (que incluye mantenimiento, rentabilidad o sostenibilidad económica, sostenibilidad ambiental, centralidad-participación, equidad-inclusividad).



En el modelo propuesto en este trabajo, tanto las dimensiones como las categorías se clasifican según las consideremos «factores internos» o «factores externos» (ANEXO 3). Sin embargo, y a diferencia de la habitual clasificación sobre los activos de desarrollo que se agrupan en función del individuo en intra/extra-personales (Leffert, 1998; Pérez-Wilson *et al.*, 2015; Scales y Leffert, 1999), nosotros consideramos como factores internos los aspectos intrínsecos del propio recurso, y como factores externos aquellas dimensiones que tienen que ver con el individuo, su carácter y habilidades personales. Esta es una propuesta de agrupación diferente a cualquier otro trabajo previo y que tiene el propósito de situar el marco teórico y la perspectiva analítica sobre las cualidades de los recursos.

En este sentido, no se conocen estudios previos que, desde el enfoque de activos para la salud, se hayan propuesto identificar las dimensiones que caracterizan la capacidad salutogénica de los recursos comunitarios. Si bien, sí se han encontrado revisiones que examinan las variables categóricas para entornos o contextos concretos, como los parques u otros espacios públicos (Bedimo-Rung *et al.*, 2005; Project for Public Spaces, 2018), o recursos de ocio (Brown, 2006), o también en relación con alguna necesidad o dimensiones concretas como, por ejemplo, la accesibilidad (Penchansky y Thomas, 1981), la caminabilidad (Battista y Manaugh, 2018), el diseño (Nase *et al.*, 2015), y la sostenibilidad (Smith *et al.*, 2008), o bajo la fundamentación de otros enfoques afines, como puede ser el estudio de Badland *et al.* (2014) que concluye con un listado de criterios para medir los determinantes sociales de la salud, o el trabajo de Smith *et al.* (1997) sobre la «habitabilidad».

Además, otra propiedad del modelo que consideramos novedoso con respecto a las muy diversas propuestas hasta ahora vistas, es la implantación de dimensiones que hacen referencia a la significatividad que un activo tiene para el individuo. A diferencia de las revisiones categóricas que hacen algunos de los estudios anteriormente mencionados sobre la «habitabilidad» en general, o respecto a algún tipo de recurso concreto, aquí incorporamos al proceso de concienciación de las personas respecto a los activos, otros condicionantes como las dimensiones de “utilidad”, que es percibida por el individuo según sus necesidades fundamentales, y también su “intención de uso” o el “uso anterior” que ha podido realizar de ese activo.

De esta manera, la definición de activo queda ligada de forma operativa con un enfoque de necesidades fundamentales y según diferentes disciplinas de autores como Abraham Maslow (psicología humanista), Marjory Gordon (enfermería) y Manfred Max Neef (economía y ecología), permitiendo así, perfilar o delimitar el extenso terreno de la salud y bienestar. Además, se integran dimensiones que hacen referencia al marco conceptual de la Teoría del Comportamiento Planificado y otras versiones relacionadas, en referencia a la norma subjetiva o las actitudes individuales respecto a la intención de hacer uso, o no, del recurso (Lam y Hsu, 2004; Perugini y Bagozzi, 2001).

Según Rossi y Armstrong (1999), el control conductual percibido teóricamente abarca factores externos como la disponibilidad en términos económicos o de costes de oportunidad (p.ej. factor tiempo), y factores internos como las habilidades, la información o la fuerza de voluntad. Estos factores se incluyen en la dimensión de “asequibilidad” que, de alguna manera, influye en que un recurso sea reconocido como activo y, además,

se perciba como significativo (comprensibilidad-significatividad). Consideraciones que implican que, necesariamente, haya que considerar los mapas de activos como representaciones dinámicas (South, Giuntoli y Kinsella, 2017). Por este motivo, elaborar una herramienta aplicable a sistemas informáticos, como la que presentamos, ayudará al análisis longitudinal de los recursos en relación a las necesidades variables en el tiempo.

Además, esta dimensión también ayuda a la reflexión sobre algunos determinantes sociales de la salud. En este sentido, nuestra herramienta de valoración incluye ítems en otras dimensiones que hacen referencia a la accesibilidad desde el “diseño universal”, a la inteligibilidad de cómo un recurso comunica (p.ej. información, servicios...), y la sostenibilidad social en el sentido de su contribución al bienestar colectivo o la inclusión como estructura u objetivos del recurso. Los expertos a su vez, consideraron oportuno incluir un ítem que recogiera la contribución del recurso a la reducción de las desigualdades sociales.

Estas dimensiones junto con la de “inteligibilidad” y la “identidad” (que incluye: singularidad, apropiabilidad y apego) se fundamentan en el paradigma del interaccionismo simbólico del psicólogo social George Herbert Mead (Carabaña y Lamo, 1978; Pons, 2010). Estas dos últimas dimensiones también tienen relación con el concepto de “imaginabilidad” propuesto por el ingeniero y urbanista Kevin Lynch (1960) en referencia a un espacio o cualquier recurso físico. Según Lynch, toda imagen ambiental exige identidad, estructura y significado. Por un lado, la identidad, entendida como la identificación de un objeto y su distinción, de forma unitaria e individual, con respecto de otros. Por otro lado, la estructura, o relación espacial con el observador y otros espacios o recursos. Pero

además, el objeto debe poseer un significado práctico o emotivo para el observador (Aragonés y Américo, 2000, p.69; Lynch, 1960). La identidad, que incluye las subcategorías de singularidad, apropiabilidad y apego, es reflejo de la armonía o simpatía que produce un activo en las personas del territorio, captando las fortalezas intangibles del recurso con la comunidad y el sentido de lugar que algunos autores refieren (Hay, 1998; Lalli, 1992; Proshansky *et al.*, 1983), o como nosotros concretamos: identidad de recurso. Por ejemplo, historias o costumbres culturales que producen orgullo o apego por determinados espacios físicos, como parques, plazas o incluso centros cívicos o de congregación, que por ello una comunidad ya los considera dignos de preservación (Buckley y Graves, 2016). Aunque ciertos activos intangibles se expresen en recursos físicos, en otras ocasiones esto no ocurre así y factores como, por ejemplo, la costumbre participativa de una comunidad o ciertos hábitos familiares-culturales, pueden suponer una clara fortaleza en el afrontamiento de diferentes cuestiones de la vida diaria. Estos no podrán ser captados por medio de la escala de valoración propuesta en el presente trabajo.

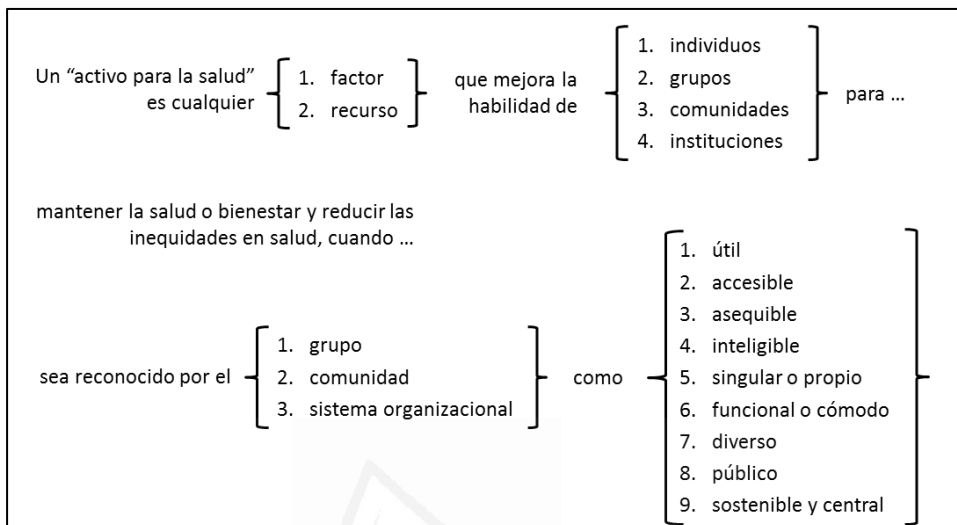
El componente comprensibilidad también podría relacionarse con dimensiones como la “seguridad” y el “diseño”. Aunque la dimensión de diseño ha sido cuestionada por algunos de los expertos que participaron en el panel Delfos por su condición estrictamente tangible, limitando así el uso de la herramienta a la valoración de activos más allá de los recursos comunitarios físicos, justamente una situación como la actual crisis sanitaria que está afectando a nivel global en el orden social y económico, pone en valor la importancia de las infraestructuras, de la flexibilidad espacial y funcional, de la calidad del aire, y los espacios abiertos (Morawska *et al.*, 2020). De manera parecida se justifica que, la “sostenibilidad”,

especialmente su categoría social, sea particularmente destacada por los expertos. Así mismo, en situaciones de emergencia, se agudizan problemas relacionados con las inequidades en salud u otros determinantes sociales pero que, paradójicamente también, surge la solidaridad y se ponen en valor los procesos comunitarios que trabajan con las fortalezas de las que dispone la comunidad en ese momento, se crean redes de apoyo a personas o se generan mecanismos de colaboración entre recursos de la zona (Hernán-García, Cubillo-Llanes y Cofiño, 2020).

Las dimensiones “proximidad” o “conectividad” se entienden como factores internos a los recursos y se acercan al componente de manejabilidad. Si bien gran parte de la literatura se ha preocupado en examinar en profundidad la relación de factores como la proximidad o la conectividad de los recursos con el uso por parte de las personas o su nivel de salud, el panel de expertos aconsejó reducir su presencia en la herramienta. Esto concuerda con algunos estudios que señalan que la distancia conocida, o percibida, generalmente no coincide con la distancia física real (MacDonald *et al.*, 2013; Moudon *et al.*, 2006), por lo que es preferible hablar de accesibilidad en términos generales.

Como síntesis de todo lo anteriormente dicho, y siguiendo el ejemplo de Antonovsky cuando hace referencia a la Teoría de Facetas de Guttman (1974), a continuación mostramos una nueva propuesta para la definición de los “activos para la salud” (figura 6.1).

**Figura 6.1: Definición de “activos para la salud” por el método de facetas de Guttman**



Fuente: Elaboración propia

En este punto se puede considerar si es oportuno ponderar unas dimensiones más que otras. De acuerdo con lo que expresaron algunos expertos en el panel Delfos, podrían tener mayor puntuación los ítems que hicieran referencia a dimensiones como la “sostenibilidad”, por incluir en ella categorías tan importantes como la participación o centralidad del recurso, así como la equidad-inclusividad, o también, la dimensión de “identidad” como reflejo de la significatividad que el recurso tiene para la persona que responde a la herramienta. Todo ello, además de la dimensión de “utilidad”. Sin embargo, dicha ponderación puede tener un fuerte componente subjetivo y, en todo caso, parece más adecuado someterlo a un análisis empírico que puede realizarse como continuidad del trabajo hasta ahora realizado.

## 6.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una primera consideración que debemos hacer es el hecho de que no se ha profundizado en la medida deseada en paradigmas de enfoque positivo tan importantes en otras disciplinas como pueden ser la ecología social o la psicología ambiental. Se han tenido en cuenta importantes referencias como *The Image of The City* (1960) de Kevin Lynch, o *Cities for people* (2010) de Jan Gehl, además de varias contribuciones de Sebastian Macmillan (2006, 2013) o el trabajo sobre psicología ambiental de Aragónés y Américo (2000), pero analizar en mayor medida en estas disciplinas ayudaría a definir con mayor exactitud el paraguas conceptual referido a los activos desde un enfoque transdisciplinar.

Por otro lado, y aunque este trabajo y la elaboración del instrumento que se propone se han realizado contando con experiencias de mapeo de activos sin distinción de ámbitos territoriales (desarrollados-subdesarrollados), ni del carácter de la comunidad (culturas o etnias, rangos de edad, niveles socioeconómicos), queda pendiente probar la idoneidad de la herramienta para su aplicación en diferentes contextos.

Además, desde una mirada metodológica, la exploración de estas experiencias de mapeo se ha realizado bajo un método sistematizado pero no sistemático. En este caso, no es posible hablar de revisión sistemática debido a que las fases de cribado y elegibilidad fueron llevadas a cabo por un único investigador, y no a través de revisión por pares que evaluaran independientemente los documentos sometidos a análisis (Grant y Brooth, 2009)

Por último, y aunque no se trate de una limitación en la investigación realizada porque la herramienta obtenida ha sido validada por

un panel de expertos de reconocido prestigio, si conviene llamar la atención de que los ítems y dimensiones que conforman esta herramienta no han sido sometidos a un análisis empírico que permitiera confirmar la fiabilidad y validez de la distribución propuesta.

### **6.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y TRABAJO DE CAMPO**

En consonancia con lo anterior, una futura línea de investigación directamente relacionada con el trabajo que aquí se expone, es llevar a cabo una aplicación práctica de la herramienta que proponemos en diferentes contextos que sirvan de estudio piloto y permitir así el análisis de las respuestas obtenidas.

Además, el desarrollo empírico a modo de investigación-acción participativa estaría justificado también por razones de oportunidad. En distintas Comunidades Autónomas aparecen iniciativas centradas en el enfoque salutogénico y de mapeo de activos, y parece observarse un creciente interés sobre ésta cuestión desde las organizaciones e instituciones que, a su vez, requieren metodologías claras y normalizadas.

En este sentido, se ve muy propicio utilizar métodos de mapeo basados en tecnologías como los SIG y el análisis de redes, así como el desarrollo de aplicaciones informáticas específicas que integren la herramienta y los mapas de activos conectados con los diferentes accesos webs.

Los SIG son un conjunto de herramientas y técnicas capaces de organizar, visualizar, manipular y analizar toda información que es



georreferenciada (Cardozo, Gómez y Parras, 2009; Scarbrough, Hill y Rodriguez, 2017). Aunque normalmente estos sistemas se utilizan para visualizar tendencias en el análisis ambiental, epidemiológico y de datos bioestadísticos, se han desarrollado programas de acceso libre y con una dinámica sencilla que han permitido impulsar lo que Sajja y Akerkar (2016, como se citó en Panek y Netek, 2019) llaman «mapeo colaborativo» y que entienden como un método de empoderamiento de la comunidad y democratización en el libre acceso para todos, independientemente de su origen, estatus social y posición dentro de la estructura de poder. Algunos ejemplos de este fenómeno son *Wikimapia*, *OpenStreetMap* y *Google MyMaps*. Estos sitios proporcionan una información de mapa base general y permiten a los usuarios crear su propio contenido marcando ubicaciones según ciertas características (p.ej. tipos de activos). Allar *et al.* (2017) explican los múltiples beneficios de estos programas: (a) cualquier persona puede acceder al mapa de recursos a través del enlace web; (b) facilitan a los residentes la identificación de recursos próximos, y se pueden agrupar según tipología u otras cualidades, permitiendo al usuario encontrar aquellos recursos que respondan a sus necesidades (p.ej. espacios abiertos para la actividad física, asociaciones con un determinado fin social...); y además, (c) estos mapas se pueden actualizar constantemente a medida que la comunidad continúa desarrollándose.

También, la aplicación de la Teoría de Grafos se considera, junto con Cardozo *et al.* (2009), un estupendo mecanismo de síntesis que evidencia las relaciones funcionales e interacciones entre recursos que conforman nodos, por medio de un análisis descriptivo-explicativo y morfométrico de las redes.

Por último, y de acuerdo con las líneas de investigación que proponía el grupo de trabajo Global Working Group on Salutogenesis, es importante seguir avanzando en el desarrollo conceptual del Sentido de Coherencia. Así, antes de comenzar este trabajo de investigación, también nos hicimos las siguientes preguntas: ¿cómo influyen las distintas personas en el proceso de mapeo activos, en la concienciación e identificación de activos de salud? ¿Condicionarían el número, tipo y calidad de los recursos identificados? Una propuesta que nos ofrece la literatura, en concreto Antonovsky (1979), para reconocer esas diferencias individuales es la medición del SOC desde sus tres dimensiones de comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. Haciendo uso de la escala SOC, y examinando diferentes experiencias de mapeo de activos, podríamos analizar el vínculo «SOC-activos» y conocer qué constructos del sentido de coherencia de una persona afectan en mayor medida a este proceso.

## 6.4. CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes que se pueden deducir del presente trabajo son las siguientes:

1. La Teoría Salutogénica de Aaron Antonovsky, el modelo de activos de Morgan y Ziglio, y el método de mapeo de activos de Kretzmann y McKnight, constituyen la base conceptual sobre la que cimentar la orientación salutogénica del paradigma positivo social y de la salud.
2. Se debe utilizar la expresión “activos para la salud” cuando el concepto haga referencia a cualquier factor o recurso, físico, ambiental, cultural, o económico, cuya finalidad o utilidad ayude a mantener o mejorar la salud o bienestar, sin distinción entre activos intangibles o tangibles.
3. Se debe utilizar la expresión “activos de salud” cuando se haga referencia exclusivamente a aquellos activos intrapersonales e intrínsecos del individuo como, por ejemplo, la autoestima, el Sentido de Coherencia, la fortaleza o el locus de control, entre otros. Aquellos que la evidencia científica ha definido como factores de protección relacionados con la salud.
4. Nuestra propuesta relaciona la orientación salutogénica de Aaron Antonovsky (en el sentido de manejabilidad, comprensibilidad y significatividad) con el enfoque de mapeo de activos para la salud, cimentado a su vez en las necesidades humanas fundamentales y dimensiones de equidad en salud y otros determinantes.

5. Cualquier recurso comunitario es distinguido (individual o colectivamente) como activo para la salud cuando éste es percibido como significativo, comprensible y manejable a favor de la salud o el bienestar del individuo o su comunidad. A su vez, tal valoración se rige por las siguientes cualidades: utilidad, intención de uso, asequibilidad (económica y de tiempo), accesibilidad, inteligibilidad, identidad, diseño, funcionalidad, comodidad, seguridad, diversidad, sostenibilidad, centralidad y equidad-inclusividad.
6. Nuestra propuesta se diferencia de otras anteriores en el hecho de incluir dimensiones que hacen referencia a la significatividad que un activo tiene para el individuo (utilidad, intención, uso anterior, e incluso la dimensión de identidad). También se pone en valor las cualidades del recurso relacionadas con su centralidad en la red comunitaria y la atención que presta a reducir inequidades en salud.
7. La herramienta de valoración de activos para la salud que proponemos ha sido bien valorada por los expertos, determinándose como guía que oriente la reflexión sobre las cualidades que diferencian un recurso comunitario de un activo para la salud. No existe hasta la fecha ningún otro estudio que proponga una lista de criterios que oriente en la discusión, medición y ponderación de los recursos mapeados. Nuestra herramienta constituye un instrumento complementario a los procedimientos necesarios de triangulación de diversas opiniones y perspectivas.

8. La herramienta de valoración de activos se puede utilizar como una lista de verificación, o también como escala de medición de tipo Likert. En este segundo caso, se pueden obtener puntuaciones para cada activo valorado de que son de interés para orientar la planificación de intervenciones.
9. Nuestra propuesta contribuye a la necesaria construcción de un método estandarizado que adopte el enfoque salutogénico, con orientación hacia las equidades en salud y fundamentado en criterios medibles y contrastables. Es importante guiar en la evaluación, no solo de los resultados, sino del proceso llevado a cabo, garantizando los principios de equidad y “participación verdadera” de la comunidad.
10. A partir de nuestra herramienta se puede seguir avanzando en la disquisición epistemológica y metodológica que concierne al amplio paradigma salutogénico basado en factores de protección y promotores de la salud, y las sinergias con el paradigma biomédico orientado a las necesidades.



## **BIBLIOGRAFÍA**

Universitat d'Alacant  
«Cuanto menos se lee, más daño hace lo que se lee»  
Universitat d'Alacant

*Miguel de Unamuno*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## A

- Abel, K.C., y Faust, K.M. (2018). Modeling Food Desert Disruptors: Impact of Public Transit Systems on Food Access. *Construction Research Congress 2018*, 1, 363-72. doi: 10.1213/01.ANE.0000149897.87025.A8
- Agdal, R., Midtgard, I.H., y Meidell, V. (2019). Can asset-based community development with children and youth enhance the level of participation in health promotion projects? A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1-19. doi: 10.3390/ijerph16193778
- Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona. (2007). *Estudio de Movilidad y Espacio Público*. Vitoria-Gasteiz, España: BCNecología. Recuperado de <http://www.bcnecologia.net/es/proyectos/plan-de-movilidad-y-espacio-publico-de-vitoria-gasteiz>
- Agulló Cantos, J.M. (2017). *Salutogénesis, Sentido de la Vida, Percepción de Salud y Activos para la Salud en cuidadores formales e informales de enfermos de Alzheimer: un estudio experimental desde la Terapia Ocupacional* (Tesis doctoral). Valencia, España: Universidad Católica de Valencia.
- Aiello, A., Ardone, R.G., y Scopelliti, M. (2010). Neighbourhood planning improvement: Physical attributes, cognitive and affective evaluation and activities in two neighbourhoods in Rome. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 264-75. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2009.10.004
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi: 10.15288/jsad.2011.72.322
- Alfonzo, M.A. (2005). To walk or not to walk? The hierarchy of walking needs. *Environment and Behavior*, 37(6), 808-36. doi: 10.1177/0013916504274016
- Ali, O., Di Nardo, F., Harrison, A., y Verma, A. (2017). The link between perceived characteristics of neighbourhood green spaces and adults' physical activity in UK cities: Analysis of the EURO-URHIS 2 Study.



*European Journal of Public Health*, 27(4), 761-5. doi: 10.1093/eurpub/ckx033

Allar, I., Elliott, E., Jones, E., Kristjansson, A.L., Taliaferro, A., Bulger, S.M. (2017). Involving Families and Communities in CSPAP Development Using Asset Mapping. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 88(5), 7-14. doi: 10.1080/07303084.2017.1280439

Alpunte, A.C., Cintas, F.A., Foa, C., y Cosentino, C. (2018). Mapping Caregivers' Health Assets. A self-care project using Salutogenesis and Mindfulness. *Acta Biomed for Health Professions*, 89(S7), 70-7. doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7812

Álvarez-Dardet, C., y Ruiz Cantero, M.T. (2011). Patrimonio de salud ¿Son posibles las políticas salutogénicas? *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 123-7. doi: 10.1590/S1135-57272011000200001

Álvarez-Dardet, C., Morgan, A., Ruiz Cantero, M.T., y Hernán, M. (2015). Improving the evidence base on public health assets - the way ahead: a proposed research agenda. *Epidemiology and Community Health*, 1-3. doi: 10.1136/jech-2014-205096

Álvarez Suarez, J.L., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., y Muñoz Meléndez, M. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Recuperado de <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

Amoly, E., Dadvand, P., Forns, J., López-Vicente, M., Basagaña, X., Julvez, J.,...Sunyer, J. (2014). Green and Blue Spaces and Behavioral Development in Barcelona Schoolchildren: The BREATHE Project. *Environmental Health Perspectives*, 122(12), 1351-8. doi: 10.1289/ehp.1408215

Anderson, I.F. (2007). Hipótesis de análisis conceptual de las relaciones históricas entre el arte (lo bello) y el diseño industrial (lo útil). En O. Echeverría. (Ed.). *Actas de Diseño Nº4. Diseño en Palermo. II Encuentro Latinoamericano de Diseño 2007* (pp. 147-9). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Universidad de Palermo. ISSN: 1850-2032

- Antonovsky, A. (1972). Breakdown: A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Social Science and Medicine*, 6(5), 537-44. doi: 10.1016/0037-7856(72)90070-4
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being* (Edi-3). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1990). A somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress Medicine*, 6(2), 71-80. doi: 10.1002/smi.2460060203
- Antonovsky, A. (1993) Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*, 31(8), 969-81. doi: 10.1016/0277-9536(93)90427-6
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-8. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Antonovsky, A. y Sagy, S. (2017). Aaron Antonovsky, the Scholar and the Man Behind Salutogenesis. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, y G.A. Espnes. (Ed.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 15-23). Cham, Suiza: Springer.
- Aragónés, J.I., y Amérigo, M. (Ed.). (2000). *Psicología Ambiental* (Edi-2). Madrid, España: Ediciones Pirámide. ISBN: 84-368-1515-7
- Ares, P., y Risler, J. (2013). *Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa*. Buenos Aires, Estados Unidos: Tinta Limón. Recuperado de <https://www.miteco.gob.es/es/ceneam/recursos/pag-web/manual-mapeo-colectivo.aspx>
- Arnstein, S.R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-24
- Aronson, R.E., Wallis, A.B., O'Campo, P.J., y Schafer, P. (2007). Neighborhood mapping and evaluation: A methodology for

participatory community health initiatives. *Maternal and Child Health Journal*, 11(4), 373-83. doi: 10.1007/s10995-007-0184-5

Aviñó Juan-Ulpiano, A.R. (2017) *Mapeo de activos en salud en dos barrios vulnerables y su dinamización en una intervención comunitaria participativa* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/60804>

## B

Badland, H., Whitzman, C., Lowe, M., Davern, M., Aye, L., Butterworth, L.,...Giles-Corti, B. (2014). Urban liveability: Emerging lessons from Australia for exploring the potential for indicators to measure the social determinants of health. *Social Science and Medicine*, 111, 64-73. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.04.003

Baker, I.R., Dennison, B.A., Boyer, P.S., Sellers, K.F., Russo, T.J., Sherwood, N.A. (2007). An Asset-Based Community Initiative to Reduce Television Viewing in New York State. *Preventive Medicine*, 44(5): 437-41. doi: 10.1002/ar.20849.3D

Baniya, R.R., Tetri, E., Virtanen, J., y Halonen, L. (2018). The effect of correlated colour temperature of lighting on thermal sensation and thermal comfort in a simulated indoor workplace. *Indoor and Built Environment*, 27(3), 308-16. doi: 10.1177/1420326X16673214

Barkauskas, V.H. (1983). Effectiveness of public health nurse home visits to primarous mothers and their infants. *American Journal of Public Health*, 73(5), 573-80. doi: 10.2105/ajph.73.5.573

Battista, G.A., y Manaugh, K. (2018). Stores and mores: Toward socializing walkability. *Journal of Transport Geography*, 67, 53-60. doi: 10.1016/j.jtrangeo.2018.01.004

Bauer, G., Davies, J.K., y Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21(2), 153-9. doi:10.1093/heapro/dak002

Bauer, G.F., y Jenny, G.J. (Ed). (2013). *Salutogenic Organizations and Change. The Concepts Behind Organizational Health Intervention Research*. Zürich, Suiza: Springer. doi: 10.1007/978-94-007-6470-5

- Bauer, G.F., (2017). The Meanings of Salutogenesis. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, y G.A. Espnes. (Ed.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 153-8). Cham, Suiza: Springer.
- Bauer, G.F. y Jenny, G.J. (2017). The Application of Salutogenesis to Organisations. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, y G.A. Espnes. (Ed.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 211-24). Cham, Suiza: Springer.
- Bauer, G.F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M.,... Vinje, H.F. (2020). Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. *Health promotion international*, 35(2), 187-95. doi: 10.1093/heapro/daz057
- Becker, C., Dolbier, C.L., Durham, T.W., Glascoff, M.A., y Adams, T.B. (2008). Development and Preliminary Evaluation of a Positive Health Scale. *American Journal of Health Education*, 39, 34-41. doi: 10.1080/19325037.2008.10599011
- Bedimo-Rung, A.L., Mowen, A.J., y Cohen, D.A. (2005). The Significance of Parks to Physical Activity and Public Health. A conceptual Model. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2S2), 159-68. doi: 10.1016/j.ampre.2004.10.024
- Bedimo-Rung, A.L., Gustat, J., Tompkins, B.J., Rice, J., y Thomson, J. (2006). Development of a Direct Observation Instrument to Measure Environmental Characteristics of Parks for Physical Activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(S1), 176-89. Recuperado de <https://activelivingresearch.org/environmental-characteristics-and-physical-activity-behavior-recreational-areas>
- Benz, C., Bull, T., Mittelmark, M., y Vaandrager, L. (2014). Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. *Global Health Promotion*, 21(4), 16-23. doi: 10.1177/1757975914528550
- Bjork, J., Albin, M., Grahn, P., Jacobsson, H., Ardo, J., Wadbro, J.,...Skarback, E. (2008). Recreational values of the natural environment in relation to neighbourhood satisfaction, physical activity, obesity and wellbeing.

- Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(e2), 1-7. doi: 10.1136/jech.2007.062414
- Boix, R. (6-8 de junio de 2002). *Instrumentos de análisis de redes en economía urbana: caracterización de redes de ciudades mediante el análisis de cuatro estructuras urbanas simuladas*. V Encuentro de Economía Aplicada. Oviedo, España.
- Bonaiuto, M., Fornara, F., y Bonnes, M. (2006). Perceived residential environment quality in middle- and low-extension italian cities. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, 56, 23-34. doi: 10.1016/j.erap.2005.02.011
- Bonnefoy, X. (2007). Inadequate housing and health: an overview. *International Journal of Environment and Pollution*, 30(3/4), 411-29. doi: 10.1504/ijep.2007.014819
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M.,... Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*. 27(2): 180-3. doi:10.1016/j.gaceta.2012.05.006
- Boyce, W.T., Jensen, E.W., James, S.A., y Peacock, J.L. (1983). The family routines inventory: Theoretical origins. *Social Science and Medicine*, 17(4), 193-200. doi: 10.1016/0277-9536(83)90116-8
- Braun-Lewensohn, O. y Sagy, S. (2011). Salutogenesis and culture: Personal and community sense of coherence among adolescents belonging to three different cultural groups. *International Review of Psychiatry*, 23(6), 533-41. doi: 10.3109/09540261.2011.637905
- Bringsén, Å., Andersson, H.I., y Ejlertsson, G. (2009). Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 13-9. doi:10.1177/1403494808098919
- Brondeel, R., Weill, A., Thomas, F., y Chaix, B. (2014). Use of healthcare services in the residence and workplace neighbourhood: The effect of spatial accessibility to healthcare services. *Health and Place*, 30, 127-33. doi: 10.1016/j.healthplace.2014.09.004

- Brooks, F., Michaelson, V., King, N., Inchley, J., y Pickett, W. (2018). Spirituality as a protective health asset for young people: an international comparative analysis from three countries. *International Journal of Public Health*, 63(3), 387-95. doi:10.1007/s00038-017-1070-6
- Brown, G. (2006). Mapping Landscape Values and Development Preferences: a Method for Tourism and Residential Development Planning. *International Journal of Tourism Research*, 8, 101-13. doi:10.1002/jtr
- Brown, G. (2008). A Theory of Urban Park Geography. *Journal of Leisure Research*, 40(4), 589-607. doi: 10.1080/00222216.2008.11950154
- Brown, G., y Kytta, M. (2014). Key issues and research priorities for public participation GIS (PPGIS): A synthesis based on empirical research. *Applied Geography*, 46, 122-36. doi: 10.1016/j.apgeog.2013.11.004
- Bruque Cámara, S., Moyano Fuentes, J., y Llamas Gutiérrez, S. (16-18 de junio de 1999). Los factores intangibles en la empresa. Una perspectiva basada en los recursos. *La gestión de la diversidad: XIII Congreso Nacional*, Logroño, La Rioja, España. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=565254>
- Buckley, J.M., y Graves, D. (2016). Tangible Benefits From Intangible Resources: Using Social and Cultural History to Plan Neighborhood Futures. *Journal of the American Planning Association*, 82(2), 152-66. doi: 10.1080/01944363.2016.1141663
- Bull, T., Mittelmark, M.B., y Kanyeka, N.E. (2013). Assets for well-being for women living in deep poverty: through a salutogenic looking-glass. *Critical Public Health*, 23(2), 160-73. doi: 10.1080/09581596.2013.771811
- Burton, N.W., Haynes, M., Wilson, L.A.M., Giles-Corti, B., Oldenburg, B.F., Brown, W.J.,...Turrell, G. (2009). HABITAT: A longitudinal multilevel study of physical activity change in mid-aged adults. *BMC Public Health*, 9(76), 1-11. doi: 10.1186/1471-2458-9-76

Butterfield, A.K.J., Yeneabat, M., y Moxley, D. (2016). "Now I Know My ABCDs": Asset-based community development with school children in Ethiopia. *Children and Schools*, 38(4), 199-207. doi: 10.1093/cs/cdw031

## C

Caan, W., Cassidy, J., Coverdale, G., Ha, M.A., Nicholson, W., y Rao, M. (2015). The value of using schools as community assets for health. *Public Health*, 129(1), 3-16. doi: 10.1016/j.puhe.2014.10.006

Cabeza Irigoyen, E., Artigues Vives, G., Riera Martorell, C., Gómez Alonso, M.M., García Salom, E., Vidal Thomàs, C.,... Salas Valero, N. (2010). Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares. Consejería de Salud de las Islas Baleares. Recuperado de <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>

Caldwell, B., Cooper, M., Reid, L.G., y Vanderheiden, G. (Ed.). (11 diciembre de 2008). Web content accessibility guidelines 2.0. W3C. Recuperado de <http://www.w3.org/TR/2008/REC-WCAG20-20081211/>

Camara, C.J., y Morcate Labrada, F.A. (2014). Metodología para la identificación, clasificación y evaluación de los recursos territoriales turísticos del centro de ciudad de Fort-de-France. *Arquitectura y Urbanismo [online]*, 35(1), 48-67. ISSN: 1815-5898.

Carabaña Morales, J., y Lamo de Espinosa, E. (1978). La Teoría Social del Interaccionismo Simbólico. *Reis*, 1(1), 159-204. doi: 10.2307/40176726

Cardozo, O.D., Gómez, E.L., y Parras, M.A. (2009). Teoría de Grafos y Sistemas de Información Geográfica aplicados al transporte público de pasajeros en resistencia. *Revista Transporte y Territorio*, 1, 89-111. doi: 10.34096/rtt.i1.223

Carreño Moreno, S.P., y Chaparro Díaz, L. (2015). Metasíntesis: Discusión de un abordaje metodológico. *Ciencia y Enfermería*, 21(3), 123-31. doi: 10.4067/S0717-95532015000300011

Carrillo-González, G.M., Gómez-Ramírez, O.J., y Vargas-Rosero, E. (2007). La metasíntesis: Una metodología de investigación. *Revista de Salud Pública*, 9(4), 609-17. doi: 10.1590/S0124-00642007000400014

- Castiel, L.D., y Álvarez-Dardet, C. (2007). La salud persecutoria. *Revista de Saude Publica*, 41(3), 461-6. doi: 10.1590/S0034-89102006005000029
- Cavalliere, C., Dell’Osso, G.R., Favia, F., y Lovicario, M. (2019). BIM-based assessment metrics for the functional flexibility of building designs. *Automation in Construction*, 107. doi: 10.1016/j.autcon.2019.102925
- Cerin, E., Conway, T.L., Adams, M.A., Barnett, A., Cain, K.L., Owen, N.,...Sallis, J.F. (2008). Objectively-assessed neighbourhood destination accessibility and physical activity in adults from 10 countries: An analysis of moderators and perceptions as mediators. *Social Science and Medicine*, 211, 282-93. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.06.034
- Chaix, B., Kestens, Y., Perchoux, C., Karusisi, N., Merlo, J., y Labadi, K. (2012). An Interactive Mapping Tool to Assess Individual Mobility Patterns in Neighborhood Studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(4), 440-50. doi: 10.1016/j.amepre.2012.06.026
- Charlton, B.G., y White, M. (1995). Living on the margin: a salutogenic model for socio-economic differentials in health. *Public Health*, 109, 235-43. doi: 10.1016/S0033-3506(95)80200-2
- Clarke, T., y Costall, A. (2008). The emotional connotations of color: A qualitative investigation. *Color Research and Application*, 33(5), 406-10. doi: 10.1002/col.20435
- Cleary, M., Raeburn, T., West, S., y Childs, C. (2019). The environmental temperature of the residential care home: Role in thermal comfort and mental health? *Contemporary Nurse*, 1-19. doi: 10.1080/10376178.2019.1583068
- Cochrane, J.R. (2006). Religion in the health of migrant communities: asset or deficit? *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(4), 715-36. doi: 10.1080/13691830600610122
- Cofiño, R., Cubillo Llanes, J., García Blanco, D., y Hernán-García, M. (2019). Mejorar la salud comunitaria: acción comunitaria basada en activos. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 26(Extraordin 2), 10-7. doi: 10.1016/j.fmc.2019.07.001



- Collinson, B., y Best, D. (2019). Promoting Recovery from Substance Misuse through Engagement with Community Assets: Asset Based Community Engagement. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 1-14. doi: 10.1177/1178221819876575
- Colomer-Pérez, N., Chover-Sierra, E., Gea-Caballero, V., y Paredes-Carbonell, J.J. (2020) Health assets, Vocation and Zest for Healthcare work. A salutogenic Approach to Active Coping among Certified Nursing Assistant Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-17. doi:10.3390/ijerph17103586
- Commission for Architecture and the Built Environment. (2007). *Spaceshaper. A user's guide*. CABE Space. Recuperado de <http://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/spaceshaper-a-users-guide.pdf>
- Cook, J.A., Bose, M., Marshall, W.E., y Main, D.S. (2013). How does design quality add to our understanding of walkable communities?. *Landscape Journal*, 32(2), 151-66. doi: 10.3368/lj.32.2.151
- Corburn, J. (2017). Concepts for Studying Urban Environmental Justice. *Current Environmental Health Reports*, 4, 61-7. doi: 10.1007/s40572-017-0123-6
- Cordón García, O. (2007). Redes y sistemas complejos. Tema 3: Redes sociales y centralidad. <https://sci2s.ugr.es/sites/default/files/files/Teaching/GraduatesCourse/s/RedesSistemasComplejos/Tema03-RedesSociales-13-14.pdf>
- Corraliza Rodríguez, J.A. (2001). *Vida urbana y experiencia social: variedad, cohesión y medio ambiente*. Madrid, España: Calidad de vida urbana: variedad, cohesión y medio ambiente. Recuperado de <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n15/ajcor.html>
- Coulombe, H., y Wodon, Q. (2013). Mapping religious health assets: Are faith-inspired facilities located in poor areas in Ghana? *Economics Bulletin*, 2(1), 1615-31. Recuperado de <https://mpa.ub.uni-muenchen.de/45387/>

- Cowley, S., y Billings, J.R. (1999). Resources revisited: Salutogenesis from a lay perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 994-1004. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00968.x
- Crowe, J. y Smith, J. (2012). The influence of community capital toward a community's capacity to respond to food insecurity. *Community Development*, 43(2), 169-86. doi: 10.1080/15575330.2011.575230
- Cubilla-Batista, I., Andrade, E.L., Cleary, S.D., Edberg, M.C., Evans, W.D., Simmons, L.K., y Sojo-Lara, G. (2017). Picturing Adelante: Latino Youth Participate in CBPR Using Place-Based Photovoice. *Social Marketing Quarterly*, 23(1), 18-35. doi: 10.1177/1524500416656586
- Cubillo-Llanes, J., Botello-Díaz, B., Gea-Caballero, V., March, S., Segura-Benedicto, A., y Hernán-García, M. (2018). Activos: de los mapas al territorio. Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria*, 32(1): 98-102. doi: 10.1177/0963662514547478
- Cubillo Llanes, J., Zamanillo Zamanillo, M.D., Campillos Alonso, M., Sanz Rodríguez, M.J., Alonso Cañete L.J., y Casero Celis, G. (2018). El mapa del barrio, un espacio donde expresar emociones y compartir activos para la salud. *Comunitaria*, 20(1), 1-7. ISSN: 1699-5988
- Cubillo Llanes, J., García Blanco, D., Cofiño, R., y Hernán-García, M. (2019). Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 26(7), 18-26. doi: 10.1016/j.fmc.2019.07.002
- Cutts, B.B., Darby, K.J., Boone, C.G., y Brewis, A. (2009). City structure, obesity, and environmental justice: An integrated analysis of physical and social barriers to walkable streets and park access. *Social Science and Medicine*, 69, 1314-22. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.08.020
- Cutts, T., Langdon, S., Meza, F.R., Hochwalt, B., Pichardo-Geisinger, R., Sowell, B.,...Jones, M.T. (2016). Community Health Asset Mapping Partnership Engages Hispanic/Latino Health Seekers and Providers. *North Carolina Medical Journal*, 77(3), 160-7. doi: 10.18043/ncm.77.3.160

D

- De Paris, S.R., y Lopes, C.N.L. (2018). Housing flexibility problem: Review of recent limitations and solutions. *Frontiers of Architectural Research*, 7(1), 80-91. doi: 10.1016/j.foar.2017.11.004
- De Rus, G. (2005). Análisis coste-beneficio: un método con mayores beneficios que costes. *Economistas*, 23(105), 60-8. ISSN: 0212-4386.
- De Rus, G. (2009). La medición de la rentabilidad social de las infraestructuras de transporte. *Investigaciones Regionales*, 14, 187-210. ISSN: 2340-2717
- Den Broeder, L., Uiters, E., Hofland, A., Wagemakers, A., y Schuit, A.J. (2017). Local professionals' perceptions of health assets in a low-SES Dutch neighbourhood: A qualitative study. *BMC Public Health*, 18, 1-12. doi: 10.1186/s12889-017-4555-6
- Díez, J., Valiente, R., Ramos, C., García, R., Gittelsohn, J., y Franco, M. (2017). The mismatch between observational measures and residents' perspectives on the retail food environment: A mixed-methods approach in the Heart Healthy Hoods study. *Public Health Nutrition*, 1-10. doi: 10.1017/S1368980017001604
- Dolezal, C., y Burns, P.M. (2015). ABCD to CBT: asset-based community development's potential for community-based tourism. *Development in Practice*, 25, 133-42. doi: 10.1080/09614524.2015.982075
- Dötterweich, J.A. (2006). Building Effective Community Partnerships for Youth Development: Lessons Learned From ACT for Youth. *Journal of Public Health Management & Practice*, Suppl, 51-9. doi: 10.1097/00124784-200611001-00011
- DyckFehderau, D., Holt, N.L., Ball, G.D., y Willows, N. D. (2013). Feasibility study of asset mapping with children: Identifying how the community environment shapes activity and food choices in Alexander First Nation. *Rural and Remote Health*, 13(1), 1-11. ISSN: 1445-6354

## E

- Edwards, J.C., Feldman, P.H., Sangl, J., Polakoff, D., Stern, G., y Casey, D. (2007). Sustainability of partnership projects: A conceptual framework and checklist. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(12S), 37-47. doi: 10.1016/S1553-7250(07)33122-X
- Edwards, L. (2017). The intrapersonal health determinants, assets, and character strengths of college students and their intentions to seek help for mental health problems (Tesis doctoral). Universidad de Indiana, Indiana, Estados Unidos
- Edwards, M., Soutar, J., y Best, D. (2018). Co-producing and re-connecting: a pilot study of recovery community engagement. *Drugs and Alcohol Today*, 18, 39-50. doi: 10.1108/DAT-09-2017-0054
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23. doi: 10.1007/BF00114808
- Ennis, G., y West, D. (2010). Exploring the potential of social network analysis in asset-based community development practice and research. *Australian Social Work*, 63(4), 404-17. doi:10.1080/0312407X.2010.508167
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Epidemiology and Community Health*, 60, 376-81. doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M., Lindström, B., y Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(8), 684-8. doi:10.1136/jech.2006.047498
- Eriksson M., Lindström B. (2008) A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23, 190-9. doi:10.1093/heapro/dan014
- Eriksson M., y Lindström B. (2010) Bringing it all together: The salutogenic response to some of the most pertinent public health dilemmas (pp. 339-51). En A. Morgan, M. Favies y E Ziglio (Ed.). *Health Assets in a Global*

*Context: theory, methods, action.* Nueva York, Estados Unidos: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-5921-8

Eriksson, M. (2017). The sense of coherence in the salutogenic model of health. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, y G.A. Espnes. (Ed.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 91-6). Cham, Suiza: Springer.

Escartín Lasierra, P., López Ruiz, V., y Ruiz-Giménez Aguilar, J.L. (2015). La participación comunitaria en salud. *Comunidad*, 17(2), 1-8. Recuperado de <https://comunidadsemfyc.es/>

Espinosa de Restrepo, H. (2001). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 41-56. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12019104>

Evans, S., Hills, S. y Orme, J. (2012). Doing more for less? Developing sustainable systems of social care in the context of climate change and public spending cuts. *British Journal of Social Work*, 42(4), 744-64. doi: 10.1093/bjsw/bcr108

Ewing, R., y Handy, S. (2009). Measuring the unmeasurable: Urban design qualities related to walkability. *Journal of Urban Design*, 14, 65-84. doi: 10.1080/13574800802451155

## F

Fenny, A.P., Kusi, A., Arhinful, D.K., y Asante, F.A. (2016). Factors contributing to low uptake and renewal of health insurance: a qualitative study in Ghana. *Global Health Research and Policy*, 1(1), 1-10. doi: 10.1186/s41256-016-0018-3

Fernández Carrasco, R.D. (2013). *Cultivando Comunidades Saludables. Una propuesta de Acción Comunitaria para la Promoción de Salud desde el Modelo de Activos en el Barrio de la Barceloneta* (Tesis de maestría). Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2019/11/17/cultivando-comunidades-saludables/>

- Fernández-Lamelas, E., y Vega-Monteagudo, C. (2010). Participación comunitaria en salud: ¿realidad o ficción? *Enfermería Clínica*, 20(4), 213-5. doi:10.1016/j.enfcli.2010.05.003
- Fernández Martínez, M.E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional* (Tesis doctoral). León, España: Universidad de León. doi: 10.2307/2136404
- Fernández Sánchez, E. (2002). Dirección estratégica: una síntesis. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 8(1), 13-38. ISSN: 1135-2523. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=251459>
- Fernández, Z., y Suárez, I. (1996). La Estrategia de la empresa desde una perspectiva basada en los recursos. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 5(3), 73- 92. ISSN: 1019-6838
- Fint, R.W. (2010). Seeking Resiliency in the Development of Sustainable Communities. *Human Ecology Review*, 17, 44-57. ISSN: 10744827
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975) Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. Nueva York: Reading, Mass, Addison-Wesley. Recuperado de <https://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- Fisher, K., Geenen, J., Jurcevic, M., y Davis, G. (2009). Applying asset-based community development as a strategy for CSR: a Canadian perspective on a win-win for stakeholders and SMEs. *Business ethics*, 18, 66-82. doi: 10.1111/j.1467-8608.2009.01549.x
- Fleischhacker, S.E., Evenson, K.R., Rodriguez, D.A., y Ammerman, A.S. (2011). A systematic review of fast food access studies. *Obesity Reviews*, 12(501), 460-71. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00715.x
- Florian, J., Roy, N.M.S.O., Quintiliani, L.M., Truong, V., Feng, Y., Bloch, P.P.,...Lasser, K.E. (2016). Using Photovoice and Asset Mapping to Inform a Community-Based Diabetes Intervention. *Preventing Chronic Disease*, 13(107), 1-11. doi: 10.5888/pcd13.160160

- Fone, D.L., Farewell, D.M., y Dunstan, F.D. (2006). An ecometric analysis of neighbourhood cohesion. *Population Health Metrics*, 4, 1-17. doi:10.1186/1478-7954-4-17
- Foot, J., Hopkins, T. (2010). *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being*. Londres, Reino Unido: Improvement and Development Agency. Recuperado de <http://www.assetbasedconsulting.net/uploads/publications/A%20glas%20half%20full.pdf>
- Fornara, F., Bonaiuto, M., y Bonnes, M. (2010). Cross-Validation of Abbreviated Perceived Residential Environment Quality (PREQ) and Neighborhood Attachment (NA) Indicators. *Environment and Behavior*, 42(2), 171-96. doi: 10.1177/0013916508330998
- Fraile Pérez de Mendiguren, P. (2007). La percepción de seguridad: entre el delito, el conflicto y la organización del espacio. *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 11(245), 1-10. doi: 10.1344/sn2007.11.1389
- Frank, L.D. (2002). Land use and transportation interaction: Implications on public health and quality of life. *Journal of Planning Education and Research*, 20(1), 6-22. doi: 10.1177/073945600128992564
- Frank, L.D., Schmid, T.L., Sallis, J.F., Chapman, J., y Saelens, B.E. (2005). Linking Objectively Measured Physical Activity with Objectively Measured Urban Form. Findings from SMARTRAQ. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2S2), 117-25. doi:10.1016/j.amepre.2004.11.001
- Frank, L.D., Sallis, J.F., Conway, T.L., Chapman, J.E., Saelens, B.E., y Bachman, W. (2006). Many Pathways from Land Use to Health: Associations between Neighborhood Walkability and Active Transportation, Body Mass Index, and Air Quality. *Journal of the American Planning Association*, 72(1), 75-87. doi:10.1080/01944360608976725
- Frank, L.D., Sallis, J.F., Saelens, B.E., Leary, L., Cain, K., Conway, T.L., y Hess, P.M. (2010). The development of a walkability index: application to the

Neighborhood Quality of Life Study. *British Journal of Sports Medicine*, 44, 924-33. doi: 10.1136/bjism.2009.058701

Friedli, L. (2013). 'What we've tried, hasn't worked': the politics of assets based public health. *Critical Public Health*, 23(2), 131-45. doi:10.1080/09581596.2012.748882

Frohlich, K.L. y Potvin, L. (1999). Health promotion through the lens of population health: Toward a salutogenic setting. *Critical Public Health*, 9(3), 211-22. doi: 10.1080/09581599908402933

Fuller, B.G., Stewart Williams, J.A., y Byles, J.E. (2010). Active living-the perception of older people with chronic conditions. *Chronic Illness*, 6, 294-305. doi: 10.1177/1742395310377673

Furnham, A., y Steele, H. (1993). Measuring locus of control: A critique of general, children's, health- and work-related locus of control questionnaires. *British Journal of Psychology*, 84, 443-79. doi: 10.1111/j.2044-8295.1993.tb02495.x

## G

Galarraga, P., Vives, M., Cabrera-Manzano, D., Urda, L., Brito, M., y Gea-Caballero, V. (2018). La incorporación de la salud comunitaria en la planificación y la transformación del entorno urbano. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(S1), 74-81. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.08.001

Gallego Gamazo, C., y Martínez Aransay, C. (2003). La seguridad en el espacio público. *Revista de Psicoanálisis y Psicología Social*, 3(3), 1-7. Recuperado de <http://www.revistahuellas.es>

Gann, D.M., Salter, A.J., y Whyte, J.K. (2003). Design Quality Indicator as a tool for thinking. *Building Research and Information*, 31(5), 318-33. doi: 10.1080/0961321032000107564

García Serrano, P., Leal Laredo, P., y Urda Peña, L. (2017). Guía de diseño de Entornos Escolares. Madrid, España: Madrid Salud. Recuperado de <https://www.miteco.gob.es/es/ceneam/recursos/materiales/guia-diseno-entornos-escolares.aspx>



- García-Moya, I., y Morgan, A. (2017). The utility of salutogenesis for guiding health promotion: the case for young people's well-being. *Health Promotion International*, 32(4), 623-33. doi: 10.1093/heapro/daw008
- Geertman, S., y Ritsema van Eck, J.R. (1995). GIS models of accessibility potential: an application in planning. *International Journal of Geographical Information System*, 9(1), 67-80. ISBN: 0269379819
- Gehl, J. (2010). *Cities for people*. Washington, Estados Unidos: Island Press. ISBN: 9781597265737
- Geraedts, R. (2016). FLEX 4.0, a practical instrument to assess the adaptive capacity of buildings. *Energy Procedia*, 96, 568-79. doi:10.1016/j.egypro.2016.09.102
- Giles-Corti, B., Broomhall, M.H., Knuiaman, M., Collins, C., Douglas, K., Ng, K.,...Donovan, R.J. (2005). How Important Is Distance To, Attractiveness, and Size of Public Open Space? *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2S2), 169-76. doi:10.1016/j.amepre.2004.10.018
- Giobellina, B. (2014). Check list de sustentabilidad aplicada al proyecto. *Vivienda y Ciudad*, 1, 65-87. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ReViyCi>
- Glasgow Centre for Public Health. (2011). *Asset based approaches for health improvement: redressing the balance*. Recuperado de <https://www.gcph.co.uk/>
- Gonçalves, P. López, M. y Gil, J. (2014). Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. The Boston Consulting Group. Recuperado de [www.bcgperspectives.com](http://www.bcgperspectives.com)
- González Martínez, X.M. (2001). Rentabilidad social de la protección de la naturaleza. El caso de las Illas Cíes y sus atributos. *Ekonomiaz*, 47, 152-81. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=717317>
- Graeser, S. (2011). Salutogenic factors for mental health promotion in work settings and organizations. *International Review of Psychiatry*, 23(6), 508-15. doi: 10.3109/09540261.2011.637909

- Graham, J.P., Kaur, M., y Jeuland, M.A. (2018). Access to environmental health assets across wealth strata: Evidence from 41 low- and middle-income countries. *PLoS ONE*, 13(11), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0207339
- Granié, M.A., Brenac, T., Montel, M.C., Millot, M., y Coquelet, C. (2014). Influence of built environment on pedestrian's crossing decision. *Accident Analysis and Prevention*, 67, 75-85. doi:10.1016/j.aap.2014.02.008
- Grant, M.J., Brooth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91-108. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x
- Graumann, C.F. (2013). On multiple identities. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 35, 309-21. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004
- Grawitch, M.J., Gottschalk, M., y Munz, D.C. (2010). The Path to a Healthy Workplace. A Critical Review Linking Healthy Workplace Organizational Improvements. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 58(3), 129-47. doi: 10.1037/1065-9293.58.3.129
- Greetham, J., Charkin, D., Laird, H., y Butterell, D. (2012). Growing Communities from the Inside Out. Piloting an asset based approach to JSNAs within the Wakefield District: Methods and Findings. NHS Wakefield District. Recuperado de <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/05/growing-communities-from-the-inside-out-jsnas-in-the-wakefield-district.pdf>
- Gregorevic, K.J., Lim, W.K., Peel, N.M., Martin, R.S., y Hubbard, R.E. (2016). Are health assets associated with improved outcomes for hospitalised older adults? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 14-20. doi: 10.1016/j.archger.2016.06.016
- Gregorevic, K., Hubbard, R.E., Peel, N.M., y Lim, W.k. (2018). Validation of the health assets index in the Australian inpatient setting: A multicentre prospective cohort protocol study. *BMJ Open*, 8(5), 1-5. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021135

Guirao-Goris, S.J.A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Revista de Enfermería*, 9(2), 1-14. doi: 10.4321/s1988-348x2015000200002

## H

Häggström Westberg, K., Wilhsson, M., Svedberg, P., Nygren, J.M., Morgan, A., y Nyholm, M. (2017). Optimism as a Candidate Health Asset: Exploring Its Links With Adolescent Quality of Life in Sweden. *Child Development*, 90(3), 970-984. doi: 10.1111/cdev.12958

Hale, T.M. (2013). Is there such a thing as an online health lifestyle? Examining the relationship between social status, Internet access, and health behaviors. *Information Communication and Society*, 16(4), 501-18. doi: 10.1080/1369118X.2013.777759

Harris, P.B., Brown, B.B., y Werner, C.M. (1996). Privacy regulation and place attachment: Predicting attachments to a student family housing facility. *Journal of Environmental Psychology*, 16(4), 287-301. doi: 10.1006/jevp.1996.0025

Harrison, R., Blickem, C., Lamb, J., Kirk, S., y Vassilev, I. (2019). Asset-Based Community Development: Narratives, Practice, and Conditions of Possibility—A Qualitative Study With Community Practitioners. *SAGE Open*, 9(1), 1-11. doi: 10.1177/2158244018823

Hay, R. (1998). Sense of place in developmental context. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 5-29. doi: 10.24135/pjm.v0i6.7

Heerman, W.J., Mitchell, S.J., Thompson, J., Martin, N.C., Sommer, E.C., Van Bakergem, M.,...Barkin, S.L. (2016). Parental perception of built environment characteristics and built environment use among Latino families: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16(1180), 1-8. doi: 10.1186/s12889-016-3854-7

Heesen, J., Lorenz, D.F., Nagenborg, M., Wenzel, B., y Voss, M. (2014). Blind Spots on Achilles' Heel: The Limitations of Vulnerability and Resilience Mapping in Research. *International Journal of Disaster Risk Science*, 5, 74-85. doi: 10.1007/s13753-014-0014-5

- Henderson, V. (1964). The Nature of Nursing. *The American Journal of Nursing*, 64(8), 62-8. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3419278>
- Hernán, M., Morgan, A., y Mena, A.L. (Ed.). (2010). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M.P. (2015) Metodología de la investigación (Edi-6). México DF, México: Mc Graw Hill
- Hernán-García, M., Cardo Miota, A., Barranco Tirado, J.F., Belda Grindley, C., Páez Muñoz, E., Rodríguez Gómez, S., y Lafuente Robles, N. (2015). Salud comunitaria basada en activos. Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN 978-84-09-06960-6
- Hernán-García, M., García Blanco, D., Cubillo Llanes, J., y Cofiño, R. (2019). Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 26(7), 1-9. doi: 10.1016/j.fmc.2019.06.005
- Hernán-García, M., Cubillo-Llanes, J., y Cofiño, R. (2020). Epidemias, virus y activos para la salud del barrio. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 533-35. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.04.010
- Herz, R.S. (2016). The Role of Odor-Evoked Memory in Psychological and Physiological Health. *Brain Sciences*, 6(3), 1-13. doi: 10.3390/brainsci6030022
- Hidalgo Villodres, M.C. (1998). *Apego al lugar: ámbitos, dimensiones y estilos* (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.
- Hidalgo, M.C., y Hernandez, B. (2001). Place attachment: Conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 273-81. doi: 10.1006/jevp.2001.0221

- Higgins, J.P.T., y Green, S. (Ed.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Versión 5.1.0*. The Cochrane Collaboration, 2011. Recuperado de [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org)
- Hilfinger Messias, D.K., Sharpe, P.A., del Castillo-González, L., Treviño, L., y Parra-Medina, D. (2017). Living in Limbo: Latinas' Assessment of Lower Rio Grande Valley Colonias Communities. *Public Health Nursing*, 34(3), 1-9. doi: 10.1111/phn.12307
- Hornby-Turner, Y.C., Peel, N.M., y Hubbard, R.E. (2017). Health assets in older age: A systematic review. *BMJ Open*, 7(5), 1-14. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013226
- Hu, A., Acosta, A., McDaniel, A., y Gittelsohn, J. (2013). Community Perspectives on Barriers and Strategies for Promoting Locally Grown Produce From an Urban Agriculture Farm. *Health Promotion Practice*, 14(1), 69-74. doi: 10.1177/1524839911405849
- Hudaib, A., Masadeh, R., Qasem, M.H., Alzaqebah, A. (2018). Requirements Prioritization Techniques Comparison. *Modern Applied Science*, 12(2), 62-80. doi: 10.5539/mas.v12n2p62

## I

- ICASS. (1999). *Evaluación externa de calidad de los centros*. Institut CATALA d'Assistència i Serveis Socials. Recuperado de [www.inforesidencias.com](http://www.inforesidencias.com)
- Ickovics, J., Carriol-Scott, A., Peters, S., Schwartz, M., Gilstad-Hayden, K., y McCaslin, C. (2014). Health and academic achievement: Standardized test scores among urban youth in the United States. *Journal of School Health*, 84(1), 40-8. doi: 10.1111/josh.12117
- Idan, O., Eriksson, M., y Al-Yagon, M. (2017). The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, y G.A. Espnes. (Ed.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 57-69). Cham, Suiza: Springer.
- Israelsson, N., y Hansson, B. (2009). Factors influencing flexibility in buildings. *Structural Survey*, 27(2), 138-47. doi: 10.1108/02630800910956461

Iwarsson, S., y Ståhl, A. (2003). Accessibility, usability and universal design. Positioning and definition of concepts describing person-environment relationships. *Disability and Rehabilitation*, 25(2), 57-66. doi: 10.1080/dre.25.2.57.66

## J

Jabeen, H. (2015). Adapting the assets of urban low-income households with climate extremes: Experience from Dhaka. *International Journal of Urban Sustainable Development*, 7(1), 72-88. doi: 10.1080/19463138.2014.977293

Jakes, S., Hardison-Moody, A., Bowen, S., y Blevins, J. (2015). Engaging community change: the critical role of values in asset mapping. *Community Development*, 46(4), 392-406. doi: 10.1080/15575330.2015.1064146

Jeannotte, M.S. (2016). Story-telling about place: Engaging citizens in cultural mapping. *City, Culture and Society*, 7(1), 35-41. doi: 10.1016/j.ccs.2015.07.004

Jellinek, J.S. (2004). Proust remembered: Has Proust's account of odor-cue autobiographical memory recall really been investigated? *Chemical Senses*, 29(5):455-8. doi: 10.1093/chemse/bjh043

Jiménez Barandalla, I., Mora Agudo, L., y Carrasco Bañuelos, E. (2011). Conceptualización de la rentabilidad social en el ámbito del transporte público. *The Markets of Tomorrow: Basis for Their Analysis Today*, 1-17. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10115/11444>

Johnson, M. (2004). Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of "active" self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology*, 9(3), 419-32. doi: 10.1348/1359107041557057

Jonas, W.B., Chez, R.A., Smith, K., y Sakallaris, B. (2014). Salutogenesis: The Defining Concept for a New Healthcare System. *Global Advances in Health and Medicine*, 3(3), 82-91. doi: 10.7453/gahmj.2014.005

K

- Kaczynski, A.T., y Henderson, K.A. (2007). Environmental Correlates of Physical Activity: A Review of Evidence about Parks and Recreation. *Leisure Sciences: An Interdisciplinary Journal*, 29(4), 315-54. doi: 10.1080/01490400701394865
- Kaczynski, A.T., Potwarka, L.R., y Saelens P, B.E. (2008). Association of park size, distance, and features with physical activity in neighborhood parks. *American Journal of Public Health*, 98(8), 1451-6. doi: 10.2105/AJPH.2007.129064
- Kahlert, D., y Schlicht, W. (2015). Older people's perceptions of pedestrian friendliness and traffic safety: An experiment using computer-simulated walking environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 10066-78. doi: 10.3390/ijerph120810066
- Kamphuis, C.B.M., Mackenbach, J.P., Giskes, K., Huisman, M., Brug, J., y van Lenthe, F.J. (2010). Why do poor people perceive poor neighbourhoods? The role of objective neighbourhood features and psychosocial factors. *Health and Place*, 16, 744-54. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.03.006
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., y Prothrow-Stith, D. (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-8. doi: 10.1084/jem.176.3.719
- Kerr, J., Norman, G.J., Adams, M.A., Ryan, S., Frank, L., Sallis, J.F.,...Patrick, K. (2010). Do neighborhood environments moderate the effect of physical activity lifestyle interventions in adults? *Health and Place*, 16(5), 903-8. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.05.002
- Kickbusch, I. (1996). Tribute to Aaron Antonovsky -'What creates health'. *Health Promotion International*, 11(1), 5-6. doi: 10.1093/heapro/11.1.5
- Kirkpatrick, S.I., y Tarasuk, V. (2010). Assessing the relevance of neighbourhood characteristics to the household food security of low-income Toronto families. *Public Health Nutrition*, 13(7), 1139-48. doi: 10.1017/S1368980010000339

- Kirtland, K.A., Porter, D.E., Addy, C.L., Neet, M.J., Williams, J.E., Sharpe, P.A.,...Ainsworth, B.E. (2003). Environmental measures of physical activity supports: Perception versus reality. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(4), 323-31. doi: 10.1016/S0749-3797(03)00021-7
- Kitamura, R., Akiyama, T., Yamamoto, T., y Golob, T.F. (2001). Accessibility in a Metropolis Toward a Better Understanding of Land Use and Travel. *Transportation Research Record*, 1-3041, 64-75. doi: 10.3141/1780-08
- Klemmera, E., Brooks, F.M., Chester, K.L., Magnusson, J., y Spencer, N. (2016). Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community. *International Journal of Public Health*, 62(6), 631-8. doi: 10.1007/s00038-016-0900-2
- Knuiman, M.W., Christian, H.E., Divitini, M.L., Foster, S.A., Bull, F.C., Badland, H.M., y Giles-Corti, B. (2014). A Longitudinal Analysis of the Influence of the Neighborhood Built Environment on Walking for Transportation: The RESIDE Study. *American Journal of Epidemiology*, 180(5), 453-61. doi: 10.1093/aje/kwu171
- Koohsari, M.J., Mavoa, S., Villianueva, K., Sugiyama, T., Badland, H., Kaczynski, A.T.,...Giles-Corti, B. (2015). Public open space, physical activity, urban design and public health: Concepts, methods and research agenda. *Health and Place*, 33, 75-82. doi: 10.1016/j.healthplace.2015.02.009
- Kramer, S., Seedat, M., Lazarus, S., y Suffla, S. (2011). A critical review of instruments assessing characteristics of community. *South African Journal of Psychology*, 41(4), 503-16. doi: 10.1177/008124631104100409
- Kramer, S., Amos, T., Lazarus, S., y Seedat, M. (2012). The philosophical assumptions, utility and challenges of asset mapping approaches to community engagement. *Journal of Psychology in Africa*, 22(4), 537-46.
- Kraus, M., y Novakova, P. (2019). Gender Differences in Perception of Indoor Environmental Quality (IEQ). *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 603(5), 1-6. doi: 10.1088/1757-899X/603/5/052084



Krause Jacob, M. (2001). Hacia una redefinición del concepto de comunidad. Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(2), 49-60. Recuperado de <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/18572/19618>

Kretzmann, J.P., y McKnight J.L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. Evanston, Estados Unidos: School of Education and Social Policy Northwestern University.

Kretzmann, J.P., y McKnight J.L. (1996). Assets-based community development. *National Civic Review*, 85(4), 23-9. doi: 10.1002/ncr.4100850405

Kretzmann, J.P., Mcknight, J.L., Dobrowolski, S., y Puntteney, D. (2005). *Discovering Community Power. A guide to mobilizing local assets and your organization's capacity*. Evanston, Estados Unidos: Asset-Based Community Development Institute. Recuperado de [www.northwestern.edu/ipr/abcd.html](http://www.northwestern.edu/ipr/abcd.html).

Kröniger-Jungaberle, H., y Grevenstein, D. (2013). Development of salutogenetic factors in mental health - Antonovsky's sense of coherence and Bandura's self-efficacy related to Derogatis' symptom check list (SCL-90-R). *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(80), 1-9. doi: 10.1186/1477-7525-11-80

Kyttä, M., Broberg, A., Tzoulas, T., y Snabb, K. (2013). Towards contextually sensitive urban densification: Location-based softGIS knowledge revealing perceived residential environmental quality. *Landscape and Urban Planning*, 113, 30-46. doi: 10.1016/j.landurbplan.2013.01.008

## L

Laatikainen, T.E., Broberg, A., y Kyttä, M. (2017). The physical environment of positive places: Exploring differences between age groups. *Preventive Medicine*, 95, 85-91. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.11.015

- Lalli, M. (1992). Urban-related identity: Theory, measurement, and empirical findings. *Journal of Environmental Psychology*, 12(4), 285-303. doi: 10.1016/S0272-4944(05)80078-7
- Lam, T., y Hsu, C.H.C. (2004). Theory of Planned Behavior: Potential Travelers from China. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 28(4), 463-82. doi: 10.1177/1096348004267515
- Langeland, E., Wahl, A.K., Kristoffersen, K., y Hanestad, B.R. (2007). Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(3), 275-95. doi: 10.1080/01612840601172627
- Lazarus, S. (2009). Does the Positive Psychology Movement Have Legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109. doi: 10.1207/S15327965PLI1402
- Lazarus, S., Naidoo, T., Demas, G., Williams, L., Sauls, D., Filander, F.,... May, B. (2010). Railton Community Assessment Project: Research report. Railton, Sudáfrica: Universidad de Stellenbosch. Recuperado de <https://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/19361>
- Lazarus, S. Naidoo, A.V., May, B., Williams, L., Demas, G., y Filander, F.J. (2014). Lessons learnt from a community-based participatory research project in a South African rural context. *South African Journal of Psychology*, 44(2), 149-61. doi: 10.1177/0081246314528156
- Lee, C., Moudon, A.V., y Courbois, J.Y.P. (2006). Built Environment and Behavior: Spatial Sampling Using Parcel Data. *AEP*, 16(5), 387-94. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.03.003
- Leffert, N., Benson, P.L., Scales, P.C., Sharma, A.R., Drake, D.R., y Blyth, D.A. (1998). Developmental assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science*, 2(4), 209-30. doi: 10.1207/s1532480xads0204
- Leslie, E., Coffee, N., Frank, L., Owen, N., Bauman, A., y Hugo, G. (2007). Walkability of local communities: Using geographic information systems to objectively assess relevant environmental attributes. *Health and Place*, 13, 111-22. doi: 10.1016/j.healthplace.2005.11.001

- Leslie, E., Sugiyama, T., Ierodiaconou, D., y Kremer, P. (2010). Perceived and objectively measured greenness of neighbourhoods: Are they measuring the same thing? *Landscape and Urban Planning*, 95(1-2), 28-33. doi: 10.1016/j.landurbplan.2009.11.002
- Levin, J.S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social Science and Medicine*, 43(5), 849-64. doi: 10.1016/0277-9536(96)00150-5
- Li, F., Zhang, F., Li, X., Wang, P., Liang, J., Mei, Y.,...Qian, Y. (2017). Spatiotemporal Patterns of the Use of Urban Green Spaces and External Factors Contributing to Their Use in Central Beijing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 1-17. doi: 10.3390/ijerph14030237
- Lindström, B., y Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-2. doi: 10.1136/jech.2005.034777
- Lindström, B., y Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-44. doi: 10.1093/heapro/dal016
- Lindström, B., y Eriksson, M. (2009). The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global health promotion*, 16(1), 17-28. doi:10.1177/1757975908100747
- Lindström, B., y Eriksson, M. (2011). *Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la Promoción de la Salud*. Girona, España: Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004
- Linton, F.C. (1929). *The Maternity Home as a Health Asset*. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 50(12), 735-33. doi: 10.1177/146642402905001202
- López-Sánchez, M.P., Alberich, T., Aviñó, D., Francés García, F., Ruiz-Azarola, A., y Villasante, T. (2018). Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(S1): 32-40. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.06.008

- López, S., Suárez, O., y Cofiño, R. (2018). *Guía ampliada para la recomendación de activos ("prescripción social") en el sistema sanitario*. Oviedo, España: Principado de Asturias. Recuperado de <https://obsaludasturias.com/obsa>
- Lovasi, G.S., Moudon, A.V, Pearson, A.L., Hurvitz, P.M., Larson, E.B., Siscovick, D.S.,...Psaty, B.M. (2008). Using built environment characteristics to predict walking for exercise. *International Journal of Health Geographics*, 7(10), 1-13. doi: 10.1186/1476-072X-7-10
- Lu, Y., Xiao, Y., y Ye, Y. (2017). Urban density, diversity and design: Is more always better for walking? A study from Hong Kong. *Preventive Medicine*, 103, 99-103. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.08.042
- Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Santamäki Fischer, R., y Strandberg, G. (2010). Inner strength-A theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 47. 251-60. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.020
- Lynch, K. (1960). *The Image of The City* (Edi-20). Cambridge, Reino Unido: Joint Center for Urban Studies.

## M

- Maass, R., Lillefjell, M., y Espnes, G.A. (2017). The Application of Salutogenesis in Cities and Towns. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, y G.A. Espnes. (Ed.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 171-9). Cham, Suiza: Springer.
- MacDonald, L., Kearns, A., y Ellaway, A. (2013). Do residents' perceptions of being well-placed and objective presence of local amenities match? A case study in West Central Scotland, UK. *BMC Public Health*, 13(1), 1-11. doi: 10.1186/1471-2458-13-454
- Macmillan, S. (2004). *Designing better buildings. Quality and value in the built environment*. Nueva York, Estados Unidos: Spon Press. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004
- Macmillan, S. (2006). Added value of good design. *Building Research and Information*, 34(3), 257-71. doi: 10.1080/09613210600590074

- Major Cities Unit. Infrastructure Australia. (2010). *State of Australian Cities 2010*. doi: 10.1016/S0965-2590(04)00061-1
- Malterud, K., y Hollnagel, H. (1998). Talking with women about personal health resources in general practice: Key questions about salutogenesis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 16(2), 66-71. doi: 10.1080/028134398750003188
- Mankiw, N.G. (2004) Principios de Economía (Edi-3). Madrid, España: Mc Graw Hill. ISBN: 84-481-4156-3
- Markevych, I., Smith, M.P., Jochner, S., Standl, M., Brüske, I., von Berg, A.,...Schulz, H. (2016). Neighbourhood and physical activity in German adolescents: GINIplus and LISAPLUS. *Environmental Research*, 147, 284-93. doi: 10.1016/j.envres.2016.02.023
- Martínez Díaz, J.D., Ortega Chacón, V., y Muñoz Ronda, F.J. (2016). El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de formulación. *Enfermería Global*, 15(3), 431-8. doi: 10.6018/eglobal.15.3.239221
- Martínez Roa, C., Manchón López, L., Fernández López, M.D. Maynar Mariño, M.A. González Conde, G. y Maynar Mariño, I. (2015). Metodología para realizar un análisis de situación de salud participada, *Comunidad*, 17(2), 1-6.
- Martínez Rodríguez, D. (2018). The Cultural Dimension of Development: its Conception in Community Work. *Estudios Del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 14(1), 287-306. doi: 10.15439/2019F121
- Martínez-Riera, J.R. (2006). Participación e intervención comunitaria (pp. 528-58). En J.R. Martínez-Riera, y R. del Pino-Casado (Ed.). *Enfermería en Atención Primaria*. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería
- Martínez-Riera, J.R., Sanjuán Quiles, A. (2018). Intersectorialidad y transversalidad de la atención de salud (pp. 61-79). En A. Martín-Zurro y G. Jodar Solà. *Atención Familiar y Salud Comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (Edi-2). Barcelona, España: Elsevier.

- Martínez-Riera, J.R., Gallardo Pino, C., Aguiló Pons, A., Granados Mendoza, M.C., López-Gómez, J., y Arroyo Acevedo, H.V. (2018). La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(S1), 86-91. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.08.002
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-96. doi: 10.1037/h0054346
- Mason, W.H. (1995). Adhalesis, Salutogenesis, and Nursing Practice. *Addictions Nursing*, 7(2), 36-8. doi: 10.3109/10884609509023147
- Mathie, A., y Cunningham, G. (2003). From clients to citizens: Asset-based Community Development as a strategy for community-driven development. *Development in Practice*, 13(5), 474-86. doi: 10.1080/0961452032000125857
- Matthiesen, M., Froggatt, K., Owen, E., y Ashton, J.R. (2014). End-of-life conversations and care: An asset-based model for community engagement. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 4(3), 306-12. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000516
- Maya Jariego, I. (2004). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apuntes de Psicología*, 22, 187-211. ISSN: 1851-9431
- Mayer, C.H., y Krause, C. (2011). Promoting mental health and salutogenesis in transcultural organizational and work contexts. *International Review of Psychiatry*, 23(6), 495-500. doi: 10.3109/09540261.2011.636549
- Max-neef, M., Elizalde Hevia, A., y Hopenhayn, M. (1986). *Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro*. Santiago, Chile: Cepaur. ISBN: 84-7426-217-8
- McAndrew, F.T. (1998). The measurement of 'Rootedness' and the prediction of attachment to home-towns in college students. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 409-17. doi: 10.1006/jevps.1998.0078
- Mcknight, J.L., y Kretzmann, J.P. (1990). *Mapping Community Capacity*. Evanston, Estados Unidos: Center for Urban Affairs and Policy Research-Northwestern University.

- Mercedes Brea, L. (2014). *Factores determinantes del sentido de pertenencia de los estudiantes de Arquitectura de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Campus Santo Tomás de Aquino* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Millward, H., Spinney, J., y Scott, D. (2013). Active-transport walking behavior: Destinations, durations, distances. *Journal of Transport Geography*, 28, 101-10. doi: 10.1016/j.jtrangeo.2012.11.012
- Mínguez Arias, J. (2013). *La enfermera comunitaria. Historia de la reforma sanitaria de La Rioja (1984-2006)*. Logroño, España: Instituto de Estudios Riojanos. ISBN: 978-84-9960-050-5
- MINVU. (2013). *Espacios urbanos seguros. Recomendaciones de diseño y gestión comunitaria para la obtención de espacios urbanos seguros*. División de Desarrollo Urbano. Gobierno de Chile. ISBN: 956-7674-08-6.
- Miranda Azeiteiro, U., Akerman, M., Leal Filho, W., Freitas Setti, A.F., y Londero Brandli, L. (Ed.). (2018). *Lifelong Learning and Education in Healthy and Sustainable Cities*. Cham, Suiza: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-69474-0
- Mitchell, R., y Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet*, 372(9650), 1655-60. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61689-X
- MITMA. (2012). *Sistema de indicadores y condicionantes para ciudades grandes y medianas*. Madrid, España: Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. Recuperado de <https://www.mitma.gob.es>
- Mittelmark, M.B. Bull, T., Daniel, M., y Urke, H. (2017). The Meanings of Salutogenesis. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, y G.A. Espnes. (Ed.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 7-13). Cham, Suiza: Springer.
- Mittelmark, M.B. y Bauer, G.F., (2017). Specific Resistance Resources in the Salutogenic Model of Health. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson,

- G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, y G.A. Espnes. (Ed.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 71-6). Cham, Suiza: Springer.
- Mittelmark, M.B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G.F., Pelikan, J.M., Lindström, B., y Espnes, G.A. (Ed.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Cham, Suiza: Springer. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435831/>
- Mohamed, S., Suffla, S., y Christie, D.J. (Ed.). (2017) *Emancipatory and Participatory Methodologies in Peace, Critical, and Community Psychology*. Cham, Suiza: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-63489-0
- Möhlenkamp, M., Schmidt, M., Wesseling, M., Wick, A., Gores, I., y Müller, D. (2019). Thermal Comfort in Environments with Different Vertical Air Temperature Gradients. *Indoor Air*, 29(1), 101-11. doi: 10.1111/ina.12512
- Moneta Camus, M.E. (2014). Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3), 265-8.
- Montaner Gomis, I., Foz Gil, G., y Pasarín Rúa, M.I. (2012). La salud: ¿un asunto individual? *AMF*, 8(7), 374-82. Recuperado de [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1015](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1015)
- Moore, L.V., Diez Roux, A.V., y Brines, S. (2008). Comparing perception-based and geographic information system (GIS)-based characterizations of the local food environment. *Journal of Urban Health*, 85(2), 206-16. doi: 10.1007/s11524-008-9259-x
- Moos, R. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12, 5-25.
- Morales Solana, D. (2019). *Flujo y comportamiento del consumidor en los supermercados en línea* (Tesis doctoral). Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España.
- Morawska, L., Tang, J.W., Bahnfleth, W., Bluysen, P.M., Boerstra, A., Buonanno, G.,...Yao, M. (2020). How can airborne transmission of COVID-19 indoors be minimised? *Environment International*, 142, 1-7. doi: 10.1016/j.envint.2020.105832



- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., y Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 11(3), 184-6.
- Morgan, A., y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assest model. *Promotion & Education*, 14(s2), 17-22. doi: 10.1177/10253823070140020701x
- Morgan, A., Davies, M., y Ziglio, E. (Ed.). (2010). *Health Assets in a Global Context: theory, methods, action*. Nueva York, Estados Unidos: Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-5921-8
- Morgan, A., y Hernán, M. (2013). Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15, 82-86. doi: 10.4321/S1575-06202013000300001
- Morgan, A. (2014). Revisar el Modelo de los Activos: aclaración de ideas y términos. *Global Health Promotion*, 21(2), 91-4. doi: 10.1177/1757975914537152
- Mosavel, M., Gough, M.Z., y Ferrell, D. (2018). Using asset mapping to engage youth in community-based participatory research: The WE Project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 12(2), 223-36. doi: 10.1353/cpr.2018.0042
- Moseley, D., Marzano, M., Chetcuti, J., y Watts, K. (2013). Green networks for people: Application of a functional approach to support the planning and management of greenspace. *Landscape and Urban Planning*, 116, 1-12. doi: 10.1016/j.landurbplan.2013.04.004
- Moudon, A.V., Hess, P.M., Snyder, M.C., y Stanilov, K. (1997). Effects of Site Design on Pedestrian Travel in Mixed-Use, Medium-Density Environments. *Transportation Research Record*, 1578(971360), 48-55. doi: 10.3141/1578-07
- Moudon, A.V., Lee, C., Cheadle, A.D., Garvin, C., Johnson, D., Schmid, T.L.,...Lin, L. (2006). Operational Definitions of Walkable Neighborhood: Theoretical and Empirical Insights. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(S1), 99-117. doi: 10.1123/jpah.3.s1.s99

- Moyano-Santiago, M.A., y Rivera-Lirio, J.M. (2016). El enfoque de sostenibilidad en los planes de salud de las comunidades autónomas: El desarrollo sostenible como oportunidad. *Gaceta Sanitaria*, 30(3), 172-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.02.007
- MSSSI. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 - 2013*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es>
- MSSSI. (2014). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es>
- Müller-Christ, G. (2011). *Sustainable Management: Coping with the Dilemmas of Resource-Oriented Management*. Bremen, Alemania: Springer. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004
- N**
- Naciones Unidas. (1992). *Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo*. Rio de Janeiro: Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Recuperado de <https://www.un.org/spanish/esa/sustdev/documents/declaracionrio.htm>
- Naharudin, N., Ahamad, M.S.S., y Mohd Sadullah, A.F. (2017). Pedestrian-Attractiveness Score for the First/Last Mile Transit Route using Spatial Data Collected with a Mobile Positioning Application. En *2017 European Navigation Conference, ENC 2017* (pp. 75–83). doi: 10.1109/EURONAV.2017.7954195
- Nase, I., Berry, J., y Adair, A. (2015). Urban design quality and real estate value: in search of a methodological framework. *Journal of Urban Design*, 20(5), 563-81. doi: 10.1080/13574809.2015.1071657
- Natural England. (2010). *Nature Nearby. Accessible Natural Greenspace Guidance*. Nature. Recuperado de [www.naturalengland.org](http://www.naturalengland.org)
- Nelson, B., Campbell, J., y Emanuel, J. (2011). *Development of a Method for Asset Based Working*. NHS North West Department of Health. Recuperado de

<https://www.nypartnerships.org.uk/sites/default/files/Partnership%20files/Health%20and%20wellbeing/Public%20health/Development%20of%20a%20method%20for%20asset%20based%20working.pdf>

Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., y Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362, doi: 10.1080/1360500114415

Nykiforuk, C.I.J., y Flaman, L. (2011). Geographic Information Systems (GIS) for Health Promotion and Public Health: A Review. *Health Promotion Practice*, 12(1), 63-73. doi: 10.1177/1524839909334624

## O

Obama, M. (16 de junio de 2009). Speech at a conference hosted by Greater DC Cares. Asset-Based Community Development Institute. <https://resources.depaul.edu/abcd-institute/news-events/Pages/michelle-obama-mentions-abcd.aspx>

Observatorio de Salud de Asturias. (2012). *Asturias Actúa. Guías y hojas de ruta para convertir la información en acción*. Recuperado de <https://obsaludasturias.com/obsa/>

O'Connor, J.P., Alfrey, L., Hall, C., y Burke, G. (2019). Intergenerational understandings of personal, social and community assets for health. *Health and Place*, 57, 218-27. doi: 10.1016/j.healthplace.2019.05.004

Oliva Mella, P.F. (2009). Construcción de lista de chequeo en salud. La metodología para su construcción (Edi-4). Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/24.pdf>

Oliveira, C.C. (2015). Suffering and salutogenesis. *Health Promotion International*, 30(2), 222-7. doi: 10.1093/heapro/dau061

OMS. (1986) Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. Ottawa, Canada: Organización Mundial de la Salud. Recuperado

de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

OMS. (1998). Promoción de la Salud. Glosario de Términos. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Oppenheim, C., Stenson, J., y Wilson, R.M.S. (2003). Studies on information as an asset II: Repertory grid. *Journal of Information Science*, 29(5), 419-32. doi: 10.1177/01655515030295007

Ortega Aguaza, B. (2012) Análisis Coste – Beneficio. *eXtoikos*, 5, 147-9. ISSN-e: 2173-2035. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5583839>

## P

Pánek, J. (2015). ARAMANI – Decision-Support Tool for Selecting Optimal Participatory Mapping Method. *The Cartographic Journal*, 52(2), 197-13.

Panek, J. y Netek, R. (2019). Collaborative mapping and digital participation: A tool for local empowerment in developing countries. *Information*, 10(8), 1-14. doi: 10.3390/info10080255

Páramo, P., Burbano, A., y Fernández-Londoño, D. (2016). Estructura de indicadores de habitabilidad del espacio público en ciudades latinoamericanas. *Revista de Arquitectura*, 18(2), 6-26. doi: 10.14718/revarq.2016.18.2.2

Paredes-Carbonell, J.J., Agulló-Cantos, J.M., Vera-Remartínez, E.J., y Hernán-García, M. (2013). Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(3), 87-97. doi: 10.4321/S1575-06202013000300002

Paredes-Carbonell, J.J. (2016). Oportunidades para la práctica de la promoción de la salud: el modelo de activos y las guías NICE. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 1-4. ISSN: 1575-0620

- Park, K. (2016). Psychological park accessibility: a systematic literature review of perceptual components affecting park use. *Landscape Research*, 42, 508-20. doi: 10.1080/01426397.2016.1267127
- Parkin, S. (2015). Salutogenesis: Contextualising place and space in the policies and politics of recovery from drug dependence. *International Journal of Drug Policy*, 33, 21-6. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.002
- Pasarín, M.I., y Díez, E. (2013). Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 477-8. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.10.001
- Peiravian, F., Derrible, S., Ijaz, F. (2014). Development and application of the Pedestrian Environment Index (PEI). *Journal of Transport Geography*, 39, 79-84. doi: 10.1016/j.jtrangeo.2014.06.020
- Penchansky, R., y Thomas, J.W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2). doi: 10.1097/00005650-198102000-00001
- Perchoux, C., Kestens, Y., Brondeel, R., y Chaix, B. (2015). Accounting for the daily locations visited in the study of the built environment correlates of recreational walking (the RECORD Cohort Study). *Preventive Medicine*, 81, 142-5. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.08.010
- Perchoux, C., Chaix, B., Brondeel, R., y Kestens, Y. (2016). Residential buffer, perceived neighborhood, and individual activity space: New refinements in the definition of exposure areas - The RECORD Cohort Study. *Health and Place*, 40, 116-22. doi: 10.1016/j.healthplace.2016.05.004
- Pérez-Luco Arenas, R., Lagos Gutiérrez, L., Mardones Barrera, R., y Sáez Ardua, F. Taxonomía de diseños y muestreo en investigación cualitativa. Un intento de síntesis entre las aproximaciones teórica y emergente. *Revista Internacional de Comunicación*, 29, 1-18. ISSN: 1139-1979
- Pérez-Wilson, P., Hernán, M., Morgan, A.R., y Mena, A. (2015). Health assets for adolescents: Opinions from a neighbourhood in Spain. *Health Promotion International*, 30(3), 552-62. doi: 10.1093/heapro/dat081

- Perugini, M., y Bagozzi, R.P. (2001). The role of desires and anticipated emotions in goal-directed behaviours: Broadening and deeping the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 40, 79-98. doi:10.1348/014466601164704
- Petzold, T.D., y Lehmann, N. (2011). Salutogenesis, globalization, and communication. *International Review of Psychiatry*, 23(6), 565-75. doi: 10.3109/09540261.2011.639351
- Pirie, G.H. (1979). Measuring Accessibility: A Review and Proposal. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 11(3), 299-312. doi: 10.1068/a110299
- Pikora, T.J., Bull, F.C. L., Jamrozik, K., Knuiiman, M., Giles-Corti, B., y Donovan, R.J. (2002). Developing a reliable audit instrument to measure the physical environment for physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(3), 187-94. doi: 10.1016/s0749-3797(02)00498-1
- Planning Institute of Australia. (2009). *Health Places & Places. A national guide to designing places for healthy living*. Recuperado de [www.healthyplaces.org.au](http://www.healthyplaces.org.au)
- Pons Diez, X. (2010). La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. *EduPsykhé*, 9, 23-42. ISSN: 1579-0207
- Pons-Vigués, M., Berenguera, A., Coma-Auli, N., Pombo-Ramos, H., March, S., Asensio-Martínez, A.,... Pujol-Ribera, E. (2017). Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions. *International Journal for Equity in Health*, 16 (99), 1-16. doi: 10.1186/s12939-017-0590-2
- Proshansky, H.M. (1978). The City and Self-Identity. *Environment and Behavior*, 10(2), 147-69. doi: 10.1177/0013916578102002
- Proshansky, H.M., Fabian, A.K., y Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3, 57-83. doi: 10.4324/9781315745978

Project for Public Spaces. (2004). Placemaking. What if we built our cities around places? Recuperado de <http://www.pps.org>

Puig-Junoy, J., Pinto-Prades, J.L., y Ortún-Rubio, V. (2001). El análisis coste-beneficio en sanidad. *Atención Primaria*, 27(6), 422-7. doi: 10.1016/S0212-6567(01)78825-7

## Q

QuestionPro (junio de 2020). *¿Qué es la escala de Likert y cómo utilizarla?*. <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-escala-de-likert-y-como-utilizarla/>

Quintero Quintero, C.A., Álvarez Serpa, E.S., y García-Yepes, K. (2017). El proceso de fortalecimiento de las organizaciones sociales: análisis desde la dimensión individual y organizacional del empoderamiento. *Desarrollo, Economía y Sociedad*, 6(1), 35-53. Recuperado de <https://www.jdc.edu.co/revistas/index.php/deyso/article/view/57/56>

## R

Reguant-Álvarez, M., y Torrado-Fonseca, M. (2016) El método Delphi. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(1), 87-102.

Riaño, C.E., Palomino, M. (2015). Diseño y elaboración de un cuestionario acorde con el método Delphi para seleccionar laboratorios virtuales (LV). *Sophia*, 11(2), 129-41. ISSN: 2346-0806

Richardson, M.B., Li, P., Gohlke, J.M., y Allison, D.B. (2018). Effects of Indoor Thermal Environment on Human Food Intake, Productivity, and Comfort: Pilot, Randomized, Crossover Trial. *Obesity*, 26(12), 1826-33. doi: 10.1002/oby.22328

Ries, A.V., Gittelsohn, J., Voorhees, C.C., Roche, K.M., Clifton, K.J., y Astone, N.M. (2008). The environment and urban adolescents' use of recreational facilities for physical activity: A qualitative study. *American Journal of Health Promotion*, 23(1), 43-50. doi: 10.4278/ajhp.07043042

Riger, S., y Lavrakas, P.J. (1981). Community Ties: Patterns of Attachment and Social Interaction in Urban Neighborhoods. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 55-66. doi: 10.1007/BF00896360

- Rivera, F., López, A., Ramos, P., y Moreno, C. (2011a). Propiedades psicométricas de la escala Sentido de Coherencia (SOC-29) en adolescentes españoles. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 4, 11-39. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11067/129>
- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., y Hernán García, M. (2011b). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española Salud Pública*, 85, 129-39. doi: 10.1590/S1135-57272011000200002
- Rodríguez Ondarza, J.A. (1990) Análisis coste-beneficio. *Hacienda pública española*, 115. ISSN: 0210-1173.
- Rossi, A.N., y Armstrong, J.B. (1999). Theory of reasoned action vs. Theory of planned behavior: Testing the suitability and sufficiency of a popular behavior model using hunting intentions. *Human Dimensions of Wildlife*, 4(3), 40-56. doi: 10.1080/10871209909359156
- Rotegard, A.K., Moore, S.M., Fagermoen, M.S., y Ruland, C.M. (2010). Health assets: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 513-25. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.09.005
- Rotegard, A.K., Ruland, C.M., y Fagermoen, M.S. (2011). Nurse Perceptions and Experiences of Patient Health Assets in Oncology Care: A Qualitative Study. *Research and Theory for Nursing Practice*, 25(4), 284-301. doi: 10.1891/1541-6577.25.4.284
- Roy, M., Levasseur, M., Doré, I., St-Hilaire, F., Michallet, B., Couturier, Y.,...Généreux, M. (2018). Looking for capacities rather than vulnerabilities: The moderating effect of health assets on the associations between adverse social position and health. *Preventive Medicine*, 110, 93-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.02.014
- Ruano Casado, L., y Mercé Valls, E. (2014). Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. *Enfermería Global*, 34, 384-94. ISSN: 1695-6141



Ruiz Ospina, J.A., y Orozco Echeverry, C.A. (2016). Sostenibilidad empresarial: del discurso a la rentabilidad (Tesis de maestría). Universidad EAFIT, Medellín, Colombia

## S

Saelens, B.E., Frank, L.D., Auffrey, C., Whitaker, R.C., Burdette, H.L., y Colabianchi, N. (2006). Measuring Physical Environments of Parks and Playgrounds: EAPRS Instrument Development and Inter-Rater Reliability. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(S1), 190-207. doi: 10.1123/jpah.3.s1.s190

Sagy, S., y Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51(2), 155-66.

Sagy, S., y Mana, A. (2017). The Relevance of Salutogenesis to Social Issues Besides Health: The Case of Sense of Coherence and Intergroup Relations (pp. 77-81). En M. Mittelmark, et al. (Ed.) *The Handbook of Salutogenesis*. Cham, Suiza: Springer.

Sáinz Ochoa, A. (2002). *Análisis de los factores explicativos del éxito empresarial: una aplicación al sector vitivinícola en la Denominación de Origen Calificada Rioja* (Tesis doctoral). ProQuest Information and Learning, Madrid, España. ISBN: 0-493-56023-8.

Sáinz-Ruiz, P.A., Mínguez-Arias, J., y Martínez-Riera, J.R. (2019). Los consejos de salud como instrumento de participación comunitaria en La Rioja. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 134-40. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.09.012

Sánchez-Casado, L., Paredes-carbonell, J.J., López-Sánchez, P., y Morgan, A. (2017). Mapa de activos para la salud y la convivencia. Propuestas de acción desde la intersectorialidad. *Index de Enfermería*, 26(3), 1-12. ISSN: 1699-5988

Sánchez-Labela Martín, I., Simelio, N., y Moreno-Sardà, A. (2017). El acceso web para personas con capacidades limitadas en los ayuntamientos españoles. *Cuadernos.info*, (41), 155-73. doi: 10.7764/cdi.41.1061

- Sandelowski, M., y Barroso, J., (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. Nueva York, Estados Unidos: Springer Publishing Company.
- Sartori, D., Catalano, G., Genco, M., Pancotti, C., Sirtori, E., Vignetti, S., y Del Bo, C. (2015). *Guide to Cost-Benefit Analysis of Investment Projects. Economic appraisal tool for Cohesion Policy 2014-2020*. Bruselas, Bélgica: European Commission. doi: 10.2776/97516
- Scales, P.C. y Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development* (Edi-2). Minneapolis, Estados Unidos: Search Institute. Recuperado de [www.search-institute.org](http://www.search-institute.org)
- Scarborough, A.W., Hill, J. y Rodriguez, J. (2017). Collaborating to create healthier communities: How geographical information systems can drive community well-being. *International Quarterly of Community Health Education*, 37(2), 129-33. doi: 10.1177/0272684X16685256
- Schonert-Reichl, K.A., Guhn, M., Gadermann, A.M., Hymel, S., Sweiss, L., y Hertzman, C. (2013). Development and Validation of the Middle Years Development Instrument (MDI): Assessing Children's Well-Being and Assets across Multiple Contexts. *Social Indicators Research*, 114(2), 345-69.
- Seguin, R.A., Morgan, E.H., Connor, L.M., Garner, J.A., King, A.C., Sheats, J.L.,...Buman, M.P. (2015). Rural Food and Physical Activity Assessment Using an Electronic Tablet-Based Application, New York, 2013–2014. *Preventing Chronic Disease*, 12(102), 1-10. doi: 10.5888/pcd12.150147
- Segura, A. (2010). La participación ciudadana, la sanidad y la salud. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 12(2), 55-62. Recuperado de [https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/participacion\\_segura.pdf](https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/participacion_segura.pdf)
- Segura del Pozo, J. (2018). *Comunitaria*. Tres Cantos, España: Ediciones Salud Pública y otras dudas. Recuperado de <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com>

- Sinclair, B.R., Mousazadeh, S., y Safarzadeh, G. (2012). Agility, Adaptability + Appropriateness: Conceiving, Crafting & Constructing an Architecture of the 21st Century. *Enquiry A Journal for Architectural Research*, 9(1), 35-43. doi: 10.17831/enq:arcc.v9i1.65
- Singh, R. (2016). Factors Affecting Walkability of Neighborhoods. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 216, 643-54. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.12.048
- Smith, T., Nelischer, M., y Perkins, N. (1997). Quality of an urban community: A framework for understanding the relationship between quality and physical form. *Landscape and Urban Planning*, 39, 229-41. doi: 10.1016/S0169-2046(97)00055-8
- Smith, C., Clayden, A., y Dunnett, N. (2008). *Residential Landscape Sustainability. A Checklist Tool*. Universidad de Sheffield, Reino Unido: Blackwell Publishing. doi: 10.1002/9780470692370
- Soriano-Ayala, E., Cala, V.C., y Ruiz-Salvador, D. (2020). Identification of Cultural and Transcultural Health Assets Among Moroccan, Romanian and Spanish Adolescents Through Photovoice. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(2), 255-65. doi: 10.1007/s10903-019-00934-1
- South, J., Giuntoli, G., y Kinsella, K. (2017). Getting past the dual logic: findings from a pilot asset mapping exercise in Sheffield, UK. *Health and Social Care in the Community*, 25, 105-13. doi: 10.1111/hsc.12274
- Stige, B., Malterud, K., y Midtgarden, T. (2009) Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 19(10) 1504-16.
- Stiglitz, J.E. (2000). La economía del sector público. Barcelona, España: Antoni Bosch. ISBN: 84-95348-05-5
- Stokols, D., Grzywacz, J.G., McMahan, S., y Phillips, K. (2003). Increasing the Health Promotive Capacity of Human Environments. *American Journal of Health Promotion*, 18, 4-14. doi: 10.4278/0890-1171-18.1.4
- Strümpfer, D.J.W. (1995). The Origins of Health and Strength: From 'Salutogenesis' to 'Fortigenesis.' *South African Journal of Psychology*, 25(2), 81-9. doi: 10.1177/008124639502500203

## T

- Talavera-García, R., y Valenzuela-Montes, L.M. (2017). Aproximación a los entornos peatonales a través de una encuesta a la población: aplicación a la ciudad de Granada. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 38(1), 239-62. doi: 10.5209/AGUC.60475
- Teigen, K., y Jess, D.M. (2019). Desert wonderings: reimagining food access mapping. *Agriculture and Human Values*, 1-16. doi: 10.1007/s10460-019-09914-5
- Tilt, J.H., Unfried, T.M., y Roca, B. (2007). Using Objective Subjective Measures of Neighborhood Greenness Accessible Destinations for Understanding Walking Trips BMI in Seattle, Washington. *American Journal of Health Promotion*, 21(4), 371-80. doi: 10.4278/0890-1171-21.4s.371
- Tong, A., Sainsbury, P., y Craig J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Toro-Hernandez, M.L., Villa-Torres, L., Mondragón-Barrera, M.A., y Camelo-Castillo, W. (2020). Factors that influence the use of community assets by people with physical disabilities: Results of participatory mapping in Envigado, Colombia. *BMC Public Health*, 20(1), 1-11. doi: 10.1186/s12889-020-8285-9
- Troped, P.J., Saunders, R.P., Pate, R.R., Reininger, B., Ureda, J.R., y Thompson, S.J. (2001). Associations between Self-Reported and Objective Physical Environmental Factors and Use of a Community Rail-Trail. *Preventive Medicine*, 32, 191-200. doi: 10.1006/pmed.2000.0788
- Troped, P.J., Wilson, J.S., Matthews, C.E., Cromley, E.K., y Melly, S.J. (2010). The Built Environment and Location-Based Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(4), 429-38. doi: 10.1016/j.amepre.2009.12.032
- Turrell, G., Haynes, M., Wilson, L.A., y Giles-Corti, B. (2013). an the built environment reduce health inequalities? A study of neighbourhood

socioeconomic disadvantage and walking for transport. *Health and Place*, 19, 89-98. doi: 10.1016/j.healthplace.2012.10.008

Twigger-Ross, C.L., y Uzzell, D.L. (1996). Place and identity processes. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 205-20. doi: 10.4324/9781315733913

## U

Ulrich, R. S., y Addoms, D. L. (1981). Psychological and Recreational Benefits of a Residential Park. *Journal of Leisure Research*, 13(1), 43-65. doi:10.1080/00222216.1981.11969466

Underwood, D.A., Hackney, D.D., y Friesner, D. (2015). Criteria for Sustainable Community Economic Development: Integrating Diversity and Solidarity into the Planning Process. *Journal of Economic Issues*, 49(4), 1112-23. doi: 10.1080/00213624.2015.1105050

UN-Habitat. (2015). *Global Public Space Toolkit: From Global Principles to Local Policies and Practice*. Nairobi, Kenia: United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). Recuperado de [www.unhabitat.org](http://www.unhabitat.org)

UN-Habitat. (23 octubre de 2017). Cómo planear calles bien conectadas. <http://www.onuhabitat.org.mx/index.php/como-planear-calles-bien-conectadas>

United States Department of Agriculture. (2009). *Access to Affordable and Nutritious Food: Measuring and Understanding Food Deserts and Their Consequences*. Report to Congress. Recuperado de <https://www.ers.usda.gov>

Uriarte Arciniega, J.D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-79. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17510206>

## V

Vaandrager, L., Kennedy, L. (2010). The Application of Salutogenesis in Communities and Neighborhoods. En M.B. Mittelmark, S. Sagy, M.

- Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström, y G.A. Espnes. (Ed.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 159-170). Cham, Suiza: Springer.
- Valderrama-Ulloa, C., Silva-Castillo, L., Sandoval-Grandi, C., Robles-Calderon, C., y Rouault, F. (2020). Indoor environmental quality in latin american buildings: A systematic literature review. *Sustainability*, 12(2), 1-19. doi: 10.3390/su12020643
- Valenzuela-Montes, L.M., y Talavera-García, R. (2015). Entornos de movilidad peatonal: Una revisión de enfoques, factores y condicionantes. *Eure*, 41(123), 5-27. doi: 10.4067/S0250-71612015000300001
- Valera, S. (1997). Estudio de la relación entre el espacio simbólico urbano y los procesos de identidad social. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 12(1), 17-30. doi: 10.1174/021347497320892009
- Van Bortel, T., Wickramasinghe, N.D., Morgan, A., y Martin, S. (2019). Health assets in a global context: A systematic review of the literature. *BMJ Open*, 9(2), 1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023810
- Van Kamp, I., Leidelmeijer, K., Marsman, G., y de Hollander, A. (2003). Urban environmental quality and human well-being Towards a conceptual framework and demarcation of concepts; a literature study. *Landscape and Urban Planning*, 65, 5-18. doi: 10.1016/s0169-2046(02)00232-3
- Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., y García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 1(2), 90-95. ISSN: 2007-865X
- Vaughan, K.B., Kaczynski, A.T., Wilhelm Stanis, S.A., Besenyi, G.M., Bergstrom, R., y Heinrich, K.M. (2013). Exploring the Distribution of Park Availability, Features, and Quality Across Kansas City, Missouri by Income and Race/Ethnicity: an Environmental Justice Investigation. *Annals of Behavioral Medicine*, 45(S1), 28-38. doi: 10.1007/s12160-012-9425-y

- Vera-Remartínez, E.J., Paredes-Carbonell, J.J., Aviñó Juan-Ulpiano, D., Jiménez-Pérez, M., Araujo Pérez, R., Agulló-Cantos, J.M., y Mora Notario, A. (2017). Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. *Global Health Promotion*, 24(3), 112-21. doi: 10.1177/1757975915614229
- Vey, J.S., y Love, H. (19 de noviembre de 2019). Transformative placemaking: A framework to create connected, vibrant, and inclusive communities. Brookings. Recuperado de <https://www.brookings.edu/research/transformative-placemaking-a-framework-to-create-connected-vibrant-and-inclusive-communities/>
- Vidal, T., Pol, E., Guàrdia, J., y Però, M. (2004). Un modelo de apropiación del espacio mediante ecuaciones estructurales. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 5(1y2), 27-52. ISSN: 1576-6462
- Vidal Moranta, T., y Pol Urrútia, E. (2005). La apropiación del espacio: Una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares. *Anuario de Psicología*, 36(3), 281-97. ISSN: 00665126

## W

- Walker, R.E., Keane, C.R., y Burke, J.G. (2010). Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature. *Health and Place*, 16, 876-84. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.04.013
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197-205. doi: 10.4278/0890-1171-6.3.197
- Wan, C., y Shen, G.Q. (2015). Encouraging the use of urban green space: The mediating role of attitude, perceived usefulness and perceived behavioural control. *Habitat International*, 50, 130-9. doi: 10.1016/j.habitatint.2015.08.010
- Wang, D., Brown, G., Liu, Y., y Mateo-Babiano, I. (2015). A comparison of perceived and geographic access to predict urban park use. *Cities*, 42, 85-96. doi: 10.1016/j.cities.2014.10.003

- Wang, H., Liu, G., Hu, S., y Liu, C. (2018). Experimental investigation about thermal effect of colour on thermal sensation and comfort. *Energy and Buildings*, 173, 710-18. doi: 10.1016/j.enbuild.2018.06.008
- Wang, R.H., Chen, S.W., Tang, S.M., Lee, S.L, y Jian, S.Y. (2011). The relationship between selected developmental assets and health-promoting behaviours of adolescents in Southern Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 359-68. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03459.x
- Weiss, C.C., Purciel, M., Bader, M., Quinn, J.W., Lovasi, G., Neckerman, K. M., y Rundle, A.G. (2011). Reconsidering Access: Park Facilities and Neighborhood Disamenities in New York City. *Journal of Urban Health*, 88(2), 297-310. doi: 10.1007/s11524-011-9551-z
- Wellman, B. (2001). Physical Place and Cyberplace: The Rise of Personalized Networking. *International Journal of Urban and Regional Research*, 25(2), 227-52. doi: 10.1111/1468-2427.00309
- Weng, S.S. (2016). Asset mapping for an Asian American community: Informal and formal resources for community building. *Psychosocial Intervention*, 25, 55-62. doi: 10.1016/j.psi.2015.07.003
- Williams Shanks, T.R., Boddie, S.C., y Rice, S. (2010). Family-centered, community-based asset building: A strategic use of individual development accounts. *Journal of Community Practice*, 18(1), 94-117. doi: 10.1080/10705421003766735
- Wilson, L.A., Giles-Corti, B., y Turrell, G. (2012). The association between objectively measured neighbourhood features and walking for transport in mid-aged adults. *Local Environment: The International Journal of Justice and Sustainability*, 17(2), 131-46. doi: 10.1080/13549839.2011.646965
- Winter, S.J., Goldman Rosas, L., Padilla Romero, P., Sheats, J.L., Buman, M. P., Baker, C., y King, A.C. (2016). Using Citizen Scientists to Gather, Analyze, and Disseminate Information About Neighborhood Features That Affect Active Living. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(5), 1126-38. doi: 10.1007/s10903-015-0241-x



Wu, M.Y., y Pearce, P.L. (2014). Asset-based community development as applied to tourism in Tibet. *Tourism Geographies*, 16(3), 438-56. doi: 10.1080/14616688.2013.824502

Wu, Y., y Miller, H.J. (2001). Computational Tools for Measuring Space-Time Accessibility Within Dynamic Flow Transportation Networks. *Journal of Transportation and Statistics*, 4(2/3), 1-14.

## X

Xiong, J., Lian, Z., Zhou, X., You, J., y Lin, Y. (2016). Potential indicators for the effect of temperature steps on human health and thermal comfort. *Energy and Buildings*, 113, 87-98. doi: 10.1016/j.enbuild.2015.12.031

## Y

Yang, J., Zhao, L., McBride, J., y Gong, P. (2009). Can you see green? Assessing the visibility of urban forests in cities. *Landscape and Urban Planning*, 91(2), 97-104. doi: 10.1016/j.landurbplan.2008.12.004

Yoo, S., y Kim, D.H. (2017). Perceived urban neighborhood environment for physical activity of older adults in Seoul, Korea: A multimethod qualitative study. *Preventive Medicine*, 103(S90-8), 1-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.12.033

## Z

Ziglio, E. (1996) The Delphi Method and its Contribution to Decision-Making. En M. Adler y E. Ziglio. (Ed.) *Gazing into the Oracle: The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health* (pp. 3-32). Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.

Zivkovic, M., y Jovanovic, G. (2012). A method for evaluating the degree of housing unit flexibility in multi-family housing. *Architecture and Civil Engineering*, 10(1), 17-32. doi: 10.2298/fuace1201017z

## **ANEXOS**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ANEXO 1

**Tabla 5.5: Constructo conceptual e ítems sobre la valoración de activos para la salud.**

Dimensiones	Categorías	Ítems	Descripción
<b>1. Utilidad</b> <sup>(1)</sup>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El recurso satisface directa o indirectamente las siguientes necesidades:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- manejo de la salud</li> <li>- alimentación</li> <li>- sueño-descanso</li> <li>- actividad-ejercicio</li> <li>- ocio-entretenimiento</li> <li>- seguridad</li> <li>- relaciones sociales</li> <li>- valores y creencias</li> <li>- autorrealización</li> </ul> </li> <li>• El recurso es importante para la salud o bienestar personal <sup>(5)</sup></li> <li>• El recurso contribuye al mantenimiento o mejora de la salud o bienestar de la comunidad (familia y terceras personas)</li> </ul>	<p>Un recurso es significativo cuando resulta útil, consecuencia de una necesidad no satisfecha <sup>(2)</sup></p> <p>Teoría sobre la motivación humana de Abraham Maslow <sup>(3)</sup></p> <p>Teoría de las necesidades básicas de Virginia Henderson <sup>(4)</sup></p>
<b>2. Intención</b> <sup>(6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)</sup>	Norma Subjetiva <sup>(11)</sup>  Actitud <sup>(9, 10, 12, 13)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gente que es importante para mí (familiares y/o amigos) aprueban que haga uso del recurso <sup>(9, 10)</sup></li> <li>• Hacer uso del recurso está en consonancia con las normas sociales</li> <li>• Creo que hacer uso del recurso en las próximas cuatro semanas me resultará:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- útil - inútil</li> </ul> </li> </ul>	<p>Teoría de la Acción Razonada y Teoría del Comportamiento Planificado <sup>(6, 7, 8)</sup></p>

	Motivación y deseo <sup>(8)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eficaz - ineficaz</li> <li>- ventajoso - perjudicial</li> <li>- inteligente - estúpido</li> <li>- agradable - desagradable</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer uso del recurso conducirá al resultado esperado <sup>(10)</sup></li> <li>• Tengo intención de hacer uso del recurso: en la próxima semana <sup>(8)</sup></li> <li>• Tengo intención de hacer uso del recurso: en el próximo mes <sup>(8)</sup></li> <li>• Tengo intención de hacer uso del recurso: en los próximos meses <sup>(8)</sup></li> </ul>	Actitud: “disposición o evaluación general de un individuo hacia los posibles resultados de un acto específico” <sup>(12)</sup>
<b>3. Uso anterior</b> <sup>(8, 9)</sup>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El recurso se ha utilizado en otras ocasiones anteriores: hace una semana <sup>(8)</sup></li> <li>• El recurso se ha utilizado en otras ocasiones anteriores: hace un mes <sup>(8)</sup></li> <li>• El recurso se ha utilizado en otras ocasiones anteriores: hace más de un mes <sup>(8)</sup></li> <li>• El recurso se utiliza de forma periódica</li> </ul>	Perugini y Bagozzi (2001) decidieron dividir los efectos de la conducta del pasado en efectos de frecuencia y efectos de actualidad.

<p><b>4. Asequibilidad</b> <sup>(10, 13, 14, 15, 18, 75, 170)</sup></p>	<p>Circunstancias <sup>(11, 15, 16, 17, 18, 19, 170)</sup></p> <p>Oportunidad <sup>(14, 20, 21, 75, 170)</sup></p> <p>Accesibilidad económica <sup>(22, 23, 24, 75, 171)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy capacitado física, intelectual y emocionalmente para hacer uso del recurso, o participar en la actividad</li> <li>• Dispongo del tiempo necesario para acceder y hacer uso adecuadamente del recurso y/o participar en la actividad, sin que ello suponga renunciar a otras alternativas más importantes</li> <li>• Hacer uso del recurso, participar en las actividades o disfrutar de los servicios, no tiene coste económico <sup>(22)</sup></li> <li>• Dispongo de los medios económicos necesarios para acceder y hacer uso adecuadamente del recurso y/o participar en la actividad, sin que ello suponga renunciar a otras alternativas más importantes <sup>(23)</sup></li> </ul>	<p>«Coste de oportunidad»</p>
<p><b>5. Proximidad</b> <sup>(15, 18, 19, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 75, 170, 171)</sup></p>		<p><i>Tomando como referencia su espacio de actividades habitual (hogar, trabajo...):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El recurso está en la comunidad: a menos de 4500m (60 min a pie) en <i>buffer</i> de red de calles <sup>(38)</sup></li> <li>• El recurso está en el vecindario: a menos de 800m <sup>(33)</sup> (10 min a pie) en <i>buffer</i> de red de calles</li> <li>• El recurso se encuentra a 300m (5 minutos a pie) o menos</li> <li>• El recurso es visible en tu espacio de actividad <sup>(37)</sup></li> </ul>	<p>El “espacio de actividad” es entendido como el conjunto de ubicaciones de actividades visitadas diariamente por la persona <sup>(37)</sup></p>
<p><b>6. Caminabilidad</b> <sup>(23, 28, 29, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 62, 75, 171)</sup></p>	<p>Rectitud (intersecciones) <sup>(27, 29, 35, 39, 59, 60, 171)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las personas pueden caminar fácilmente hacia el recurso y, en su caso, dentro de él.</li> <li>• El recurso analizado tiene buena comunicación a pie con otros recursos dentro de la zona <sup>(29)</sup></li> </ul>	<p>Hay una intersección de 3 o más salidas a 100m o menos <sup>(27, 35, 53)</sup> o una densidad de más de 30 intersecciones en un <i>buffer</i> de 1km<sup>2</sup> respecto a la</p>

	<p><b>Integridad</b> <sup>(19, 32, 34, 46, 48, 54, 55, 56, 57, 64, 75, 81, 145, 171)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay calles interconectadas que proporcionan diferentes opciones de ruta para llegar al recurso <sup>(53)</sup></li> </ul> <p><i>Sobre la ruta hacia el recurso...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay barreras físicas de la configuración urbana (grandes calles, autopistas, vallas/muros...) o accidentes geográficos (lago o río, terreno escarpado) que dificulten realizarla a pie <sup>(75, 81)</sup></li> <li>• La pendiente de la calle no dificulta realizar la ruta a pie (pendiente menor del 5%) <sup>(34, 55)</sup></li> <li>• El diseño de la calle no dificulta realizar la ruta a pie (aceras con anchura superior a 2,5m) <sup>(34, 46)</sup></li> <li>• El trayecto resulta atractivo para el peatón por la diversidad de usos de la calle (comercial,...) <sup>(54)</sup></li> <li>• El entorno de acceso al recurso es amigable y seguro, donde la <i>compacidad urbana</i> es proporcionalmente adecuada (apertura de vista al cielo entre los 36-72º) <sup>(48, 56, 57)</sup></li> </ul>	<p>localización del recurso <sup>(43)</sup>, y según el Índice de Densidad de Intersecciones (IDI) <sup>(27, 35, 42, 49)</sup></p> <p>La densidad de intersecciones también se puede entender como la densidad de vivienda = 6 manzanas de vivienda/acre <sup>(43)</sup></p> <p><i>Compacidad urbana</i> (h/d): informa de la intensidad edificatoria que ejerce la edificación sobre determinado tejido urbano. Relaciona el volumen edificado sobre la superficie de análisis y el resultado equivale a la altura media de la edificación sobre la totalidad del área <sup>(56)</sup></p>
<p><b>7. Conectividad</b> <sup>(23, 28, 29, 30, 35, 40, 43, 44, 47, 48, 50, 52, 54, 55, 56, 58, 61, 63, 64, 65, 66, 75, 127, 171)</sup></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este recurso está bien conectado con otras ubicaciones referentes de la ciudad <sup>(48)</sup></li> <li>• El recurso tiene conexión a una distancia menor de 300m (o 5 minutos a pie) respecto de alguno de los 3 modos previstos de movilidad alternativa al automóvil privado (bus, tranvía, metro). <sup>(54, 55)</sup></li> </ul>	<p>Densidad de Transporte Público: 30 o más nodos de transporte público en un <i>buffer</i> de 1600m <sup>(58)</sup></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El recurso tiene conexión a una distancia menor de 300m (o 5 minutos) de espacio destinado al aparcamiento para el transporte privado.</li> <li>• Las personas pueden acceder a una variedad de opciones de transporte (autobús, tren, automóvil y bicicleta) para llegar al lugar. Ideal: cinco o más opciones <sup>(48, 55, 127)</sup></li> </ul>	
<b>8. Inteligibilidad</b> <sup>(28, 34, 44, 56, 59, 68, 69, 70, 170)</sup>	Visibilidad <sup>(34, 59, 70, 170)</sup>  Transparencia <sup>(44, 56, 70, 170)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El recurso es distinguible y notorio dentro del barrio</li> <li>• Los accesos al lugar son claros y visibles (perceptibles para cualquier persona) <sup>(56)</sup></li> </ul> <p><i>Si el recurso presta algún servicio o actividad...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispone de algún medio informativo (página web o tablón de anuncios) a través del cual sea posible acceder o se pueda solicitar dicha información</li> </ul> <p><i>Si el recurso dispone de medio informativo...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está configurado de tal forma que garantiza una legibilidad universal (respondiendo a cualquier limitación: visual, auditiva, cognitiva, cultural-lingüística,...)</li> </ul> <p><i>Sobre la accesibilidad web</i> <sup>(67, 71, 72)</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La información es reconocible (distinguible) y adaptable para los usuarios <sup>(71)</sup></li> <li>• La información y el funcionamiento de la interfaz de usuario son legibles y predecibles (son comprensibles) <sup>(71)</sup></li> <li>• Los componentes de la interfaz de usuario y la navegación facilitan la</li> </ul>	Visibilidad o notoriedad del recurso dentro del territorio.  Por otro lado puede ser transparente, físicamente (respecto a la calle) e informativamente hablando.



		<p>interacción (son operables) <sup>(71)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se puede acceder al contenido desde diferentes dispositivos <sup>(71)</sup></li> <li>• El contenido es lo suficientemente robusto como para que pueda ser interpretado de manera confiable por una amplia variedad de usuarios <sup>(71)</sup></li> </ul>	
<p><b>9. Identidad</b> (de recurso) <sup>(32, 48, 68, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 83, 84, 85, 86, 87)</sup></p>	<p><b>9.1. Singularidad</b> <sup>(66, 75, 79, 82, 90, 91)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El recurso es especialmente significativo para la mejora de mi salud</li> <li>• El recurso o patrimonio es percibido como característico de la comunidad <sup>(79)</sup></li> <li>• Se trata de un recurso o patrimonio que forma parte de la historia o cultura del lugar.</li> <li>• Se trata de un recurso que tiene elementos singulares/distintivos.</li> <li>• El recurso o patrimonio fortalece la distinción del territorio al que pertenece.</li> <li>• Los rasgos característicos del recurso (factor humano, servicios que ofrece) son difícilmente imitables o replicables.</li> </ul>	
	<p><b>9.2. Apropiabilidad</b> <sup>(23, 25, 36, 66, 68, 77, 79, 81, 82, 89, 92, 93, 94)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He tenido tantas experiencias de uso del lugar o recurso que me siento relacionado con él <sup>(68)</sup></li> <li>• No imagino otro recurso sustitutivo <sup>(68)</sup></li> <li>• Lo use o no, considero positivo la existencia de este recurso por los beneficios que proporciona y/o las oportunidad de uso futuro. <sup>(95)</sup></li> <li>• El recurso resulta importante para alguien cercano (familiar, amigo, conocido...) o terceras personas.</li> </ul>	

	<b>9.3. Apego</b> (17, 19, 23, 32, 47, 48, 66, 73, 74, 75, 88, 96, 97)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este lugar o recurso forma parte de mi vida diaria (48, 96)</li> <li>• El estilo del recurso o lugar refleja parte de mi identidad (48, 96)</li> <li>• Disfruto el recurso estando con otras personas de mi entorno</li> <li>• El recurso es percibido como propio de la comunidad (48)</li> </ul>	
<b>10. Diseño</b> (1, 23, 32, 34, 36, 39, 42, 44, 48, 49, 59, 63, 66, 75, 80, 82, 98, 99, 100, 104, 121)	<b>10.1. Configuración</b> (23, 44, 55, 60, 63, 73, 75, 77, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 121, 125)  Características o facilidades (19, 29, 55, 60, 65, 73, 77, 101, 102, 103, 122, 123, 124)  Estética (44, 60, 75, 82, 104, 105, 106, 121)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La estructura del edificio es eficiente y consigue la máxima utilidad posible del espacio disponible (80)</li> <li>• El recurso está bien compuesto/organizado permitiendo que el total de la población haga uso de él (diseño universal) (125)</li> <li>• El recurso es suficientemente espacioso para el uso esperado o servicios a los que está destinado (104)</li> <li>• El recurso aprovecha su orientación en el sitio (80)</li> <li>• El recurso responde al microclima del entorno</li> <li>• El recurso tiene la infraestructura (instalaciones, objetos, materiales) suficientes (101)</li> <li>• Se observan elementos que evocan naturalidad (percepción visual de verde superior al 20% del espacio total del recurso). (55, 103)</li> <li>• La forma y los elementos empleados están bien detallados o elegidos con precisión. (80)</li> <li>• Los elementos utilizados (color, texturas, flora...) mejoran el disfrute del recurso (80)</li> <li>• El recurso produce una buena primera impresión</li> </ul>	Weiss <i>et al.</i> (124) miden (en un parque) la cantidad de instalaciones como el nº de instalaciones a menos de 400m en línea recta desde el acceso al parque.

<p><b>10.2. Funcionalidad</b> (61, 78, 99, 111)</p> <p>Flexibilidad (30, 45, 107, 108, 109, 110, 112)</p> <p>Multifuncionalidad (36, 48, 61, 63, 66, 78, 81, 113, 121, 122, 127)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En general, este recurso es atractivo <sup>(105)</sup></li> <li>• Las instalaciones del recurso son apropiadas para atender las funciones objetivo.</li> <li>• La configuración del recurso proporciona flexibilidad para su adaptación a circunstancias cambiantes en su uso.</li> <li>• El recurso dispone de una infraestructura modular que promueve el uso constante y óptimo del espacio.</li> <li>• El recurso se puede adaptar para desarrollar diferentes funciones de forma no simultánea</li> <li>• El recurso ofrece una amplia disponibilidad horaria de sus servicios, o se adecua a necesidades específicas de sus usuarios <sup>(30, 45)</sup></li> <li>• El recurso ofrece simultáneamente diferentes oportunidades o funciones <sup>(61)</sup></li> </ul>	<p>Instrumento FLEX 4.0 para medir la capacidad adaptativa para aplicación general a cualquier edificio (12 ítems) <sup>(112)</sup></p> <p>Sinclair <i>et al.</i> <sup>(108)</sup> examinan las nociones de flexibilidad "espacial", "estética" y "funcional".</p> <p>Multifuncionalidad medida a través del índice de Shannon <sup>(61)</sup></p>
<p><b>10.3. Comodidad</b> <sup>(11, 13, 15, 25, 32, 34, 46, 52, 55, 62, 64, 66, 75, 78, 77, 91, 92, 99, 105, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 170)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La forma del recurso es conveniente, agradable o apacible <sup>(25)</sup></li> <li>• El recurso genera un bajo número de quejas reportadas por los usuarios.</li> <li>• El recurso y sus instalaciones dan una apariencia general de un adecuado mantenimiento. <sup>(15, 64, 78, 105)</sup></li> <li>• El recurso se ve cuidado, limpio y ordenado <sup>(15, 64, 78, 105)</sup></li> <li>• En referencia a la <i>calidad acústica</i> es apropiada para el uso y comodidad del recurso.</li> </ul>	

- El recurso es tranquilo o tiene espacios que transmiten serenidad.
- El recurso no permite un nivel de exposición al ruido mayor de 55 dBA entre las 7 y las 22 horas. <sup>(55)</sup>
- El recurso no permite un nivel de exposición al ruido mayor de 35 dBA durante la noche. <sup>(55)</sup>
- En referencia a la calidad del aire es apropiada para el uso y comodidad del recurso.
- La calidad del aire externo es adecuada (técnicamente: está por debajo de 40 µg/m<sup>3</sup> NO<sub>2</sub> < 35 µg/m<sup>3</sup> y de PM<sub>10</sub> < 20µg/m<sup>3</sup>) <sup>(55)</sup>
- Se respira un ambiente fresco <sup>(115)</sup> y agradable en el lugar.
- Las fragancias de olor en el espacio son confortables <sup>(116)</sup>
- En referencia al temperatura ambiental del recurso, es adecuada para su uso (técnicamente de 20 a 26°C, o un balance de energía de - 50 y 50 W/m<sup>2</sup>) <sup>(55, 92, 114, 115, 116)</sup>
- La temperatura ambiental del recurso es adecuada durante más de 8h al día en verano.
- La temperatura ambiental del recurso es adecuada durante más de 4h al día en invierno.
- En referencia al confort visual, es adecuado por su iluminación y colores escogidos. <sup>(118- 120)</sup>
- Hay suficiente luz natural en el lugar

<p><b>11. Seguridad</b> <sup>(11, 13, 19, 23, 24, 30, 36, 39, 44, 46, 47, 48, 49, 56, 59, 60, 63, 66, 77, 81, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132)</sup></p>	<p><b>11.1. Seguridad objetiva (“Security”)</b> <sup>(24, 36, 46, 47, 48, 59, 63, 66, 77, 121, 124, 126, 129, 132)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen mecanismos de protección y de seguridad (cámaras de vigilancia, cuerpos de seguridad...) <sup>(131)</sup></li> <li>• La infraestructura y su diseño previenen el riesgo de lesiones <sup>(121)</sup></li> <li>• El recurso y su entorno permiten una fácil visibilidad (identificar un rostro a 15 metros de distancia) <sup>(131)</sup></li> <li>• Existen pruebas de vandalismo en el recurso y su entorno (grafitis, desperfectos...) <sup>(48)</sup></li> <li>• Las normas de conducta están desarrolladas para garantizar un espacio seguro <sup>(77)</sup></li> <li>• En el recurso o su entorno hay algún medio donde obtener ayuda de emergencia <sup>(131)</sup></li> <li>• Hay transparencia o campo visual entre el recurso y el exterior <sup>(127)</sup></li> </ul> <p>En especial para los <i>espacios abiertos</i>...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay actividad y presencia durante la mañana (6-15h)</li> <li>• Hay actividad y presencia durante la tarde (15-22h)</li> <li>• Hay actividad y presencia durante la noche (a partir de las 22h)</li> <li>• Ocurren con frecuencia hechos delictivos que inhiben la realización de algunas actividades potenciales del recurso <sup>(36, 47, 132)</sup></li> </ul>	
	<p><b>11.2. Seguridad percibida (“Safety”)</b> <sup>(11, 19, 23, 30, 39, 46, 49, 56, 59, 66, 75, 77, 121, 123, 128, 131,</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El recurso transmite confianza y seguridad para poder realizar las actividades esperadas.</li> <li>• La infraestructura y su diseño transmiten seguridad.</li> </ul>	

	133)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tengo buenas referencias acerca del recurso (conocimiento, información positiva...)</li> <li>No me siento observado (131)</li> <li>Factores como la edad o el sexo, el origen étnico o la religión, o la discapacidad, no afectan en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno. (131, 133)</li> </ul>	
<b>12. Diversidad</b> (24, 25, 30, 35, 37, 42, 47, 49, 50, 52, 55, 56, 59, 61, 64, 70, 91, 106, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142)	<i>Cantidad y variedad</i>	<p>Desde la <i>perspectiva de contenido</i>...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El recurso presenta la cantidad y variedad de instalaciones y/o suficiente para prestar adecuadamente su función. (5 o más opciones/variedades o índice de diversidad de Shannon mayor de 4 bits)</li> </ul> <p>Desde la <i>perspectiva de contexto (barrio/vecindario)</i>...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hay escasez del recurso.</li> <li>Existe una dotación adecuada (el recurso atiende a una densidad poblacional de 220-250 hab/ha en un radio de 800m).</li> </ul>	<p>Índice de diversidad de Shannon (35, 42, 49, 52, 61, 142)</p> <p>Uso mixto de la tierra (49, 50, 52, 59, 64, 142)</p>
<b>13. Público</b> (55, 92, 143, 144)	<i>Privacidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La utilización del recurso por un determinado usuario reduce la capacidad de ser usado por otras personas</li> <li>La oferta del recurso o criterios de acceso permiten excluir entre los potenciales usuarios a los que está dirigido.</li> <li>Acerca de la <i>privacidad</i>... El recurso permite el anonimato o cierto grado de intimidad cuando el usuario así lo requiere (92)</li> </ul>	

<p><b>14. Sostenibilidad</b> (15, 17, 32, 36, 45, 63, 78, 80, 82, 99, 100, 105, 107, 110, 112, 121, 127, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 169)</p> <p><i>Mantenimiento y durabilidad</i> (15, 17, 22, 36, 63, 78, 80, 100, 127, 147, 169)</p> <p><i>Sostenibilidad económica</i> (144, 146, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157)</p> <p><i>Sostenibilidad ambiental</i> (63, 95, 100, 148, 156, 158, 159, 160)</p> <p><i>Centralidad</i> (15, 17, 22, 45, 59, 63, 149, 157, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168,</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El equipo humano que soporta el recurso propicia su durabilidad (17, 36, 78, 100, 127)</li> <li>• En el recurso se observan medidas de creatividad y/o innovación que generan valor añadido y repercuten positivamente en los resultados (100, 147)</li> <li>• Con el paso del tiempo, el recurso muestra capacidad de adaptación estratégica a las nuevas necesidades de la comunidad.</li> <li>• El recurso soporta bien su uso y desgaste, y requiere fácil mantenimiento (17, 80)</li> <li>• El recurso es utilizado por un alto número de sus usuarios potenciales y de forma frecuente</li> <li>• Los beneficios que aporta el recurso a la comunidad son superiores a los costes.</li> <li>• Estoy dispuesto a pagar por el uso del recurso un precio superior al actual para poderlo utilizar.</li> <li>• Existen o pueden existir otros recursos sustitutivos para atender la misma función o funciones y de manera menos costosa para la comunidad.</li> <li>• Considerando todos los aspectos el balance del recurso es positivo en su contribución con el medio ambiente</li> <li>• Se observan evidencias objetivas de que el recurso tiene una política orientada a la sostenibilidad medioambiental («kilómetro cero»; enfoque 3R: «Reducir, Reusar y Reciclar»)</li> </ul>	
---	--	---	--

	<p>169)</p> <p><i>Equidad e inclusividad</i> (22, 47, 59, 62, 167, 168, 160)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El recurso está configurado para el uso de materiales que tengan menos impacto en el medio ambiente.</li> <li>• El recurso promueve la participación</li> <li>• El recurso es un claro “soporte” como receptor de numerosas actividades o servicios comunitarios. (<i>in-degree</i>)</li> <li>• El recurso tiene una gran “influencia” como emisor de actividades en el entramado de su comunidad. (<i>out-degree</i>)</li> <li>• El recurso es referente en la intermediación entre otras actividades o recursos intra-comunitarios o inter-comunitarios.</li> <li>• El recurso está directamente relacionado con un número considerable de otros recursos del mismo territorio. (cantidad)</li> <li>• El recurso tiene relación directa con recursos influyentes o importantes de la comunidad. (calidad)</li> <li>• La inclusión y participación social forman parte de la estructura o del funcionamiento del recurso. (valor instrumental)</li> <li>• La diversidad e inclusión social son objetivos del recurso. (valor terminal)</li> </ul>	
--	--	---	--

- (1) Nase *et al.* (2015) Urban design quality and real estate value: in search of a methodological framework
- (2) Morales. (2019) Flujo y comportamiento del consumidor en los supermercados en línea
- (3) Maslow. (1943) A theory of human motivation
- (4) Henderson. (1964) The Nature of Nursing
- (5) Morgan y Ziglio. (2007) Revitalising the Public Health Evidence Base
- (6) Fishbein y Ajzen. (1975) Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. Nueva York: Reading, Mass, Addison-Wesley



- (7) Ajzen. (1991) The theory of planned behavior
- (8) Perugini y Bagozzi. (2001) The role of desires and anticipated emotions in goal-directed behaviours: Broadening and deeping the theory of planned behaviour
- (9) Wang *et al.* (2015) A comparison of perceived and geographic access to predict urban park use
- (10) Lam y Hsu. (2004) Theory of Planned Behavior: Potential Travelers from China
- (11) Battista y Manaugh. (2018) Stores and mores: Toward socializing walkability
- (12) Rossi y Armstrong. (1999) Theory of reasoned action vs. theory of planned behavior: Testing the suitability and sufficiency of a popular behavior model using hunting intentions
- (13) Van Kamp *et al.* (2003) Urban environmental quality and human well-being
- (14) Wu y Miller. (2001) Computational Tools for Measuring Space-Time Accessibility Within Dynamic Flow Transportation Networks
- (15) Williams *et al.* (2010) Family-centered, community-based asset building: A strategic use of individual development accounts
- (16) Stokols *et al.* (2003) Increasing the Health Promotive Capacity of Human Environments
- (17) Aviñó. (2017) Mapeo de activos en salud en dos barrios vulnerables y su dinamización en una intervención comunitaria participativa.
- (18) Brondeel *et al.* (2014) Use of healthcare services in the residence and workplace neighbourhood: The effect of spatial accessibility to healthcare services
- (19) Park. (2017) Psychological park accessibility: a systematic literature review of perceptual components affecting park use
- (20) Kitamura *et al.* (2001) Accessibility in a Metropolis Toward a Better Understanding of Land Use and Travel
- (21) Pirie. (1979) Measuring Accessibility: A Review and Proposal
- (22) Jakes *et al.* (2015) Engaging community change: the critical role of values in asset mapping
- (23) Yoo y Kim. (2017) Perceived urban neighborhood environment for physical activity of older adults in Seoul, Korea: A multimethod qualitative study
- (24) Diez *et al.* (2017) The mismatch between observational measures and residents' perspectives on the retail food environment: A mixed-methods approach in the Heart Healthy Hoods study
- (25) Brown. (2008) A Theory of Urban Park Geography
- (26) Fleischhacker *et al.* (2011) A systematic review of fast food access studies
- (27) Perchoux *et al.* (2015) Accounting for the daily locations visited in the study of the built environment correlates of recreational walking (the RECORD Cohort Study)
- (28) MacDonal *et al.* (2013) Do residents' perceptions of being well-placed and objective presence of local amenities match? A case study in West Central Scotland, UK
- (29) Moudon *et al.* (1997) Effects of Site Design on Pedestrian Travel in Mixed-Use, Medium-Density
- (30) Walker *et al.* (2010) Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literatura
- (31) Abel y Faust. (2018) Modeling Food Desert Disruptors: Impact of Public Transit Systems on Food Access
- (32) Smith, *et al.* (1997) Quality of an urban community: A framework for understanding the relationship between quality and physical form
- (33) Moudon *et al.* (2006) Operational Definitions of Walkable Neighborhood: Theoretical and Empirical Insights
- (34) Saelens *et al.* (2006) Measuring Physical Environments of Parks and Playgrounds: EAPRS Instrument Development and Inter-Rater Reliability
- (35) Cerin *et al.* (2008) Objectively-assessed neighbourhood destination accessibility and physical activity in adults from 10 countries: An analysis of moderators and perceptions as mediators
- (36) Bedimo-Rung *et al.* (2005) The Significance of Parks to Physical Activity and Public Health. A conceptual Model

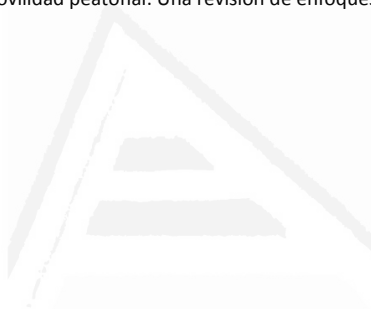
- 
- (37) Perchoux *et al.* (2016) Residential buffer, perceived neighborhood, and individual activity space: New refinements in the definition of exposure areas - The RECORD Cohort Study
  - (38) Kirtland *et al.* (2003) Environmental measures of physical activity supports: Perception versus reality
  - (39) Talavera-García y Valenzuela-Montes. (2017) Aproximación a los entornos peatonales a través de una encuesta a la población: aplicación a la ciudad de Granada
  - (40) Knuiaman *et al.* (2014) A Longitudinal Analysis of the Influence of the Neighborhood Built Environment on Walking for Transportation: The RESIDE Study
  - (41) Cutts *et al.* (2009) City structure, obesity, and environmental justice: An integrated analysis of physical and social barriers to walkable streets and park Access
  - (42) Peiravian *et al.* (2014) Development and application of the Pedestrian Environment Index (PEI)
  - (43) Frank *et al.* (2005) Linking Objectively Measured Physical Activity with Objectively Measured Urban Form. Findings from SMARTRAQ
  - (44) Gehl. (2010) Cities for people. Washington, Estados Unidos: Island Press
  - (45) Dötterweich. (2006) Building Effective Community Partnerships for Youth Development: Lessons Learned From ACT for Youth
  - (46) Seguin *et al.* (2015) Rural Food and Physical Activity Assessment Using an Electronic Tablet-Based Application, New York, 2013–2014
  - (47) Kytä *et al.* (2013) Towards contextually sensitive urban densification: Location-based softGIS knowledge revealing perceived residential environmental quality
  - (48) Fornara *et al.* (2010) Cross-validation of abbreviated perceived residential environment quality (PREQ) and neighborhood attachment (NA) indicators
  - (49) Kerr *et al.* (2010) Do neighborhood environments moderate the effect of physical activity lifestyle interventions in adults?
  - (50) Lu *et al.* (2017) Urban density, diversity and design: Is more always better for walking? A study from Hong Kong
  - (51) Frank. (2002) Land use and transportation interaction: Implications on public health and quality of life
  - (52) Turrell *et al.* (2013) Can the built environment reduce health inequalities? A study of neighbourhood socioeconomic disadvantage and walking for transport
  - (53) Leslie *et al.* (2007) Walkability of local communities: Using geographic information systems to objectively assess relevant environmental attributes
  - (54) Millward *et al.* Active-transport walking behavior: Destinations, durations, distances
  - (55) MITMA. (2012) Sistema de indicadores y condicionantes para ciudades grandes y medianas
  - (56) Singh. (2016) Factors Affecting Walkability of Neighborhoods
  - (57) Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona. (2007). Estudio de Movilidad y Espacio Público. Morfología: variables ergonómicas
  - (58) Knuiaman *et al.* (2014) A Longitudinal Analysis of the Influence of the Neighborhood Built Environment on Walking for Transportation: The RESIDE Study
  - (59) Planning Institute of Australia. (2009) Health Places & Places. A national guide to designing places for healthy living
  - (60) Lovasi *et al.* (2008) Using built environment characteristics to predict walking for exercise
  - (61) Wilson *et al.* (2012) The association between objectively measured neighbourhood features and walking for transport in mid-aged adults
  - (62) Galarraaga *et al.* (2018) La incorporación de la salud comunitaria en la planificación y la transformación del entorno urbano. Informe SESPAS 2018
  - (63) Aiello *et al.* (2018) Neighbourhood planning improvement: Physical attributes, cognitive and affective evaluation and activities in two neighbourhoods in Rome
  - (64) Laatikainen *et al.* (2017) The physical environment of positive places: Exploring differences between age groups
  - (65) Kamphuis *et al.* (2010) Why do poor people perceive poor neighbourhoods? The role of objective neighbourhood features and psychosocial factors
  - (66) Badland *et al.* (2014) Urban liveability: Emerging lessons from Australia for exploring the potential for indicators to measure the social determinants of health
  - (67) Sánchez-Labela *et al.* (2017) El acceso web para personas con capacidades limitadas en los ayuntamientos españoles
  - (68) Lalli. (1992) Urban-related identity: Theory, measurement, and empirical findings

- 
- (69) Aragonés y Américo. (2000) Psicología ambiental
  - (70) Ewing y Handy. (2009) Measuring the unmeasurable: Urban design qualities related to walkability
  - (71) Caldwell *et al.* (11 diciembre de 2008). Web content accessibility guidelines 2.0. W3C
  - (72) Hale. (2013) Is there such a thing as an online health lifestyle? Examining the relationship between social status, Internet access, and health behaviors
  - (73) Fuller *et al.* (2010) Active living-the perception of older people with chronic conditions
  - (74) Fone *et al.* (2006) An ecometric analysis of neighbourhood cohesion
  - (75) Alfonzo. (2005) To walk or not to walk? The hierarchy of walking needs
  - (76) Weng. (2016) Asset mapping for an Asian American community: Informal and formal resources for community building
  - (77) García *et al.* (2017) Guía de diseño de Entornos Escolares
  - (78) Natural England. (2010) Nature Nearby. Accessible Natural Greenspace Guidance
  - (79) Jeannotte. (2016) Story-telling about place: Engaging citizens in cultural mapping
  - (80) Gann *et al.* (2003) Design quality indicator as a tool for thinking
  - (81) Bonnefoy. (2007) Inadequate housing and health: an overview
  - (82) Brown. (2006) Mapping Landscape Values and Development Preferences: a Method for Tourism and Residential Development Planning
  - (83) Hay. (1998) Sense of place in developmental context
  - (84) Proshansky. (1978) The city and self-identity
  - (85) Proshansky *et al.* (1983) Place-identity: Physical world socialization of the self
  - (86) Mercedes. (2014) Factores determinantes del sentido de pertenencia de los estudiantes de Arquitectura de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Campus Santo Tomás de Aquino
  - (87) Valera. (1997) Estudio de la relación entre el espacio simbólico urbano y los procesos de identidad social.
  - (88) McAndrew. (1998) The measurement of 'Rootedness' and the prediction of attachment to home-towns in college students
  - (89) Vidal *et al.* (2004). Un modelo de apropiación del espacio mediante ecuaciones estructurales
  - (90) Bruque *et al.* (1996) Los factores intangibles en la empresa. una perspectiva basada en los recursos
  - (91) Bjork *et al.* (2008) Recreational values of the natural environment in relation to neighbourhood satisfaction, physical activity, obesity and wellbeing
  - (92) Aragonés y Américo. (2000) Psicología ambiental
  - (93) Vidal y Pol. (2005) La apropiación del espacio: Una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares
  - (94) Ulrich. (1981) Psychological and Recreational Benefits of a Residential Park
  - (95) González. (2001) La rentabilidad social de la protección de la naturaleza. El caso de las Illas Cies y sus atributos
  - (96) Harris *et al.* (1996) Privacy regulation and place attachment: Predicting attachments to a student family housing facility
  - (97) Riger y Lavrakas. (1981) Community ties: Patterns of attachment and social interaction in urban neighborhoods
  - (98) Anderson. (2018). Hipótesis de análisis conceptual de las relaciones históricas entre el arte (lo bello) y el diseño industrial (lo útil)
  - (99) Macmillan. (2006) Added value of good design

- 
- (100) Macmillan. (2013) Designing better buildings. Quality and value in the built environment
  - (101) Kaczynski *et al.* (2008) Association of park size, distance, and features with physical activity in neighborhood parks
  - (102) Koohsari *et al.* (2015) Public open space, physical activity, urban design and public health: Concepts, methods and research agenda
  - (103) Kaczynski y Henderson. (2007) Environmental Correlates of Physical Activity: A Review of Evidence about Parks and Recreation
  - (104) Giles-Corti *et al.* (2005) How Important Is Distance To, Attractiveness, and Size of Public Open Space?
  - (105) Cook *et al.* (2013) How does design quality add to our understanding of walkable communities?
  - (106) Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona. (2007) Estudio de movilidad y espacio público. Atracción: Variables psicológicas
  - (107) De Paris y Lopes. (2018) Housing flexibility problem: Review of recent limitations and solutions
  - (108) Sinclair *et al.* (2012) Agility, Adaptability + Appropriateness: Conceiving, Crafting & Constructing an Architecture of the 21st Century
  - (109) Israelsson y Hansson. (2009) Factors influencing flexibility in buildings
  - (110) Cavalliere *et al.* (2019) BIM-based assessment metrics for the functional flexibility of building designs
  - (111) Zivkovic y Jovanovic. (2012) A method for evaluating the degree of housing unit flexibility in multi-family housing
  - (112) Geraedts. (2016) FLEX 4.0, A Practical Instrument to Assess the Adaptive Capacity of Buildings
  - (113) Mittelmark *et al.* (2017) Handbook of salutogenesis
  - (114) Valderrama-Ulloa *et al.* (2020) Indoor environmental quality in latin american buildings: A systematic literature review
  - (115) Möhlenkamp *et al.* (2019) Thermal comfort in environments with different vertical air temperature gradients
  - (116) Herz. (2016) The role of odor-evoked memory in psychological and physiological health
  - (117) Xiong *et al.* (2016) Potential indicators for the effect of temperature steps on human health and thermal confort
  - (118) Wang *et al.* (2018) Experimental investigation about thermal effect of colour on thermal sensation and confort
  - (119) Clarke y Costall. (2008) The emotional connotations of color: A qualitative investigation
  - (120) Baniya *et al.* (2016) The effect of correlated colour temperature of lighting on thermal sensation and thermal comfort in a simulated indoor workplace
  - (121) Bedimo-Rung *et al.* (2006) Development of a Direct Observation Instrument to Measure Environmental Characteristics of Parks for Physical Activity
  - (122) Winter *et al.* (2016) Using Citizen Scientists to Gather, Analyze, and Disseminate Information About Neighborhood Features That Affect Active Living
  - (123) Ries *et al.* (2008) The environment and urban adolescents' use of recreational facilities for physical activity: A qualitative study
  - (124) Weiss *et al.* (2011) Reconsidering Access: Park Facilities and Neighborhood Disamenities in New York City
  - (125) Iwarsson y Stahl. (2003) Accessibility, usability and universal design. Positioning and definition of concepts describing person-environment relationships
  - (126) Bull *et al.* (2013) Assets for well-being for women living in deep poverty: through a salutogenic looking-glass
  - (127) Project for Public Space. (2004) Placemaking. What if we built our cities around places?
  - (128) Granié *et al.* (2014) Influence of built environment on pedestrian's crossing decision
  - (129) Kirkpatrick y Tarasuk. (2010) Assessing the relevance of neighbourhood characteristics to the household food security of low-income Toronto families
  - (130) Gallego y Martínez. (2013). La seguridad en el espacio público
  - (131) MINVU. (2003) Espacios urbanos seguros. Recomendaciones de diseño y gestión comunitaria para la obtención de espacios urbanos seguros

- 
- (132) Páramo *et al.* (2016) Indicadores de habitabilidad del espacio público en ciudades latinoamericanas
- (133) Un-Habitat. (2011) building safe and inclusive cities for women. A practical guide
- (134) Underwood *et al.* (2015) Criteria for sustainable community economic development: Integrating diversity and solidarity into the planning process
- (135) Lee *et al.* (2006) Built Environment and Behavior: Spatial Sampling Using Parcel Data.
- (136) Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona. (2007). Estudio de movilidad y espacio público. La complejidad urbana
- (137) Leslie *et al.* (2010) Perceived and objectively measured greenness of neighbourhoods: Are they measuring the same thing?
- (138) Yang *et al.* (2009) Can you see green? Assessing the visibility of urban forests in cities
- (139) Tilt *et al.* (2007) Using objective subjective measures of neighborhood greenness accessible destinations for understanding walking trips bmi in Seattle, Washington
- (140) Troped *et al.* (2010) The Built Environment and Location-Based Physical Activity
- (141) Underwood. (2015) Integrating diversity and solidarity into the planning process
- (142) Mitchell y Popham. (2008) Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study
- (143) UN-Habitat. (2015) Global Public Space Toolkit: From Global Principles to Local Policies and Practice.
- (144) Mankiw. (2004) Principios de Economía
- (145) Pikora *et al.* (2002) Developing a reliable audit instrument to measure the physical environment for physical activity
- (146) Ruiz y Orozco. (2016) Sostenibilidad empresarial: del discurso a la rentabilidad
- (147) Giobellina. (2014) Check list de sustentabilidad aplicada al proyecto
- (148) Evans *et al.* (2012). Doing more for less? Developing sustainable system of social care in the context of climate change and public spending cuts. British Journal of Social Work
- (149) Edwards *et al.* (2007) Sustainability of partnership projects: A conceptual framework and checklist
- (150) Jiménez *et al.* (2011) Conceptualización de la rentabilidad social en el ámbito del transporte público
- (151) De Rus. (2009). La medición de la rentabilidad social de las infraestructuras de transporte
- (152) Ortega. (2012) Análisis Coste – Beneficio
- (153) Stiglitz. (2000) La economía del sector público
- (154) Rodríguez. (1990) Análisis coste-beneficio
- (155) De Rus. (2005) Análisis coste-beneficio: un método con mayores beneficios que costes
- (156) Puig-Junoy *et al.* (2001). El análisis coste-beneficio en sanidad
- (157) Quintero *et al.* (2016) Proceso de fortalecimiento de las organizaciones sociales: análisis desde la dimensión individual Y organizacional del empoderamiento
- (158) Major Cities Unit. Infrastructure Australia (2010) State of Australian Cities 2010
- (159) Azeiteiro *et al.* (2018) Lifelong Learning and Education in Healthy and Sustainable Cities
- (160) Smith *et al.* (2008) Residential Landscape Sustainability. A Checklist Tool
- (161) Wallerstein. (1992) Powerless, empowerment and health: implications for health promotion programs
- (162) Leffert. (1998) Developmental assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents
- (163) Cordón. (2007) Redes y sistemas complejos. Tema 3: Redes sociales y centralidad

- 
- (164) Fernández. (2013) Una propuesta de Acción Comunitaria para la Promoción de Salud desde el Modelo de Activos en el Barrio de la Barceloneta
- (165) Boix. (2002) Instrumentos de análisis de redes en economía urbana: caracterización de redes de ciudades mediante el análisis de cuatro estructuras urbanas simuladas
- (166) Vey y Love. (2019) Transformative placemaking: A framework to create connected, vibrant, and inclusive communities
- (167) Corburn. (2017) Concepts for Studying Urban Environmental Justice
- (168) Ali *et al.* (2017) The link between perceived characteristics of neighbourhood green spaces and adults' physical activity in UK cities: Analysis of the EURO-URHIS 2 Study
- (169) Moseley *et al.* (2013) Green networks for people: Application of a functional approach to support the planning and management of greenspace
- (170) Penchansky y Thomas. (1981) The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction
- (171) Valenzuela-Montes y Talavera-García. (2015) Entornos de movilidad peatonal: Una revisión de enfoques, factores y condicionantes



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ANEXO 2

**Tabla 5.6: ESCALA DE VALORACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ACTIVOS PARA LA SALUD – INICIAL**

Las respuestas son de tipo Likert-7: “totalmente de acuerdo” (3), “bastante de acuerdo” (2), “algo de acuerdo”(1), “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (0), “algo en desacuerdo” (-1), “bastante en desacuerdo” (-2), “totalmente en desacuerdo” (-3)

\* Las respuestas de este ítem corresponden al par de adjetivos: el adjetivo positivo con valor de (+)3 y el adjetivo negativo, valor de (-)3

	Ítems	Respuesta						
		3	2	1	0	-1	-2	-3
1	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de “manejo de salud”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de “alimentación”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de “sueño-descanso”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de “actividad-ejercicio”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de “ocio-entretenimiento”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de “seguridad”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de “relaciones sociales”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de “valores y creencias”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de “autorrealización”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	El recurso es importante para la salud o bienestar personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	El recurso contribuye al mantenimiento o mejora de la salud o bienestar de la comunidad (familia y terceras personas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	La gente que es importante para mí (familiares y/o amigos) aprueban que haga uso del recurso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Hacer uso del recurso está en consonancia con las normas sociales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Creo que hacer uso del recurso en las próximas cuatro semanas me resultará: Útil/inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 15 Creo que hacer uso del recurso en las próximas cuatro semanas me resultará: Eficaz/ineficaz.
- 16 Creo que hacer uso del recurso en las próximas cuatro semanas me resultará: Ventajoso/perjudicial.
- 17 Creo que hacer uso del recurso en las próximas cuatro semanas me resultará: Inteligente/estúpido.
- 18 Creo que hacer uso del recurso en las próximas cuatro semanas me resultará: Agradable/desagradable.
- 19 Hacer uso del recurso conducirá al resultado esperado.
- 20 Tengo intención de hacer uso del recurso en la próxima semana.
- 21 Tengo intención de hacer uso del recurso en el próximo mes.
- 22 Tengo intención de hacer uso del recurso en los próximos meses.
- 23 El recurso se ha utilizado en otras ocasiones anteriores: hace una semana.
- 24 El recurso se ha utilizado en otras ocasiones anteriores: hace un mes.
- 25 El recurso se ha utilizado en otras ocasiones anteriores: hace más de un mes.
- 26 El recurso se utiliza de forma periódica.
- 27 Estoy capacitado física, intelectual y emocionalmente para hacer uso del recurso, o participar en la actividad.
- 28 El recurso es importante para la salud o bienestar personal.
- 29 Dispongo del tiempo necesario para acceder y hacer uso adecuadamente del recurso y/o participar en la actividad, sin que ello suponga renunciar a otras alternativas más importantes.
- 30 Hacer uso del recurso, participar en las actividades o disfrutar de los servicios, no tiene coste económico.
- 31 Dispongo de los medios económicos necesarios para acceder y hacer uso adecuadamente del recurso y/o participar en la actividad, sin que ello suponga renunciar a otras alternativas más importantes.
- 32 El recurso está en la comunidad: a menos de 4500m (60 min a pie) en *buffer* de red de calles.
- 33 El recurso está en el vecindario: a menos de 800m (10 min a pie) en *buffer* de red de calles.
- 34 El recurso se encuentra a 300m (5 minutos a pie) o menos, en *buffer* de red de calles.
- 35 El recurso es visible en tu espacio de actividad.



- 36 Las personas pueden caminar fácilmente hacia el recurso.
- 37 El recurso analizado tiene buena comunicación a pie con otros recursos dentro de la zona.
- 38 Hay calles interconectadas que proporcionan diferentes opciones de ruta para llegar al recurso.
- 39 No hay barreras físicas de la configuración urbana (grandes calles, autopistas, vallas/muros...) o accidentes geográficos (lago o río, terreno escarpado) que dificulten realizarla a pie.
- 40 La pendiente de la calle no dificulta realizar la ruta a pie (pendiente menor del 5%).
- 41 El diseño de la calle no dificulta realizar la ruta a pie (aceras con anchura superior a 2,5m).
- 42 El trayecto resulta atractivo para el peatón por la diversidad de usos de la calle (comercial,...).
- 43 El entorno de acceso al recurso es amigable y seguro, donde la *compacidad urbana* es proporcionalmente adecuada (apertura de vista al cielo entre los 36-72º).
- 44 Este recurso está bien conectado con otras ubicaciones referentes de la ciudad.
- 45 El recurso tiene conexión a una distancia menor de 300m (o 5 minutos a pie) respecto de alguno de los 3 modos previstos de movilidad alternativa al automóvil privado (bus, tranvía, metro).
- 46 El recurso tiene conexión a una distancia menor de 300m (o 5 minutos) de espacio destinado al aparcamiento para el transporte privado.
- 47 Las personas pueden acceder a una variedad de opciones de transporte (autobús, tren, automóvil y bicicleta) para llegar al lugar.
- 48 El recurso es distinguible y notorio dentro del barrio.
- 49 Los accesos al lugar son claros y visibles (perceptibles para cualquier persona).
- 50 *Si el recurso presta algún servicio o actividad...* Dispone de algún medio informativo (página web o tablón de anuncios) a través del cual sea posible acceder o se pueda solicitar dicha información.
- 51 *Si el recurso dispone de medio informativo...* Está configurado de tal forma que garantiza una legibilidad universal (respondiendo a cualquier limitación: visual, auditiva, cognitiva, cultural-lingüística,...).
- 52 La información es reconocible (distinguible) y adaptable para los usuarios.
- 53 La información y el funcionamiento de la interfaz de usuario son legibles y predecibles (son comprensibles).

- 54 Los componentes de la interfaz de usuario y la navegación facilitan la interacción (son operables).
- 55 Se puede acceder al contenido desde diferentes dispositivos.
- 56 El contenido es lo suficientemente robusto como para que pueda ser interpretado de manera confiable por una amplia variedad de usuarios.
- 57 El recurso es especialmente significativo para la mejora de mi salud o bienestar.
- 58 El recurso o patrimonio es percibido como característico de la comunidad.
- 59 Se trata de un recurso o patrimonio que forma parte de la historia o cultura del lugar.
- 60 Se trata de un recurso que tiene elementos singulares/distintivos.
- 61 El recurso o patrimonio fortalece la distinción del territorio al que pertenece.
- 62 Los rasgos característicos del recurso (factor humano, servicios que ofrece) son difícilmente imitables o replicables.
- 63 He tenido tantas experiencias de uso del lugar o recurso que me siento relacionado con él.
- 64 No imagino otro recurso sustitutivo.
- 65 Lo use o no, considero positivo la existencia de este recurso por los beneficios que proporciona y/o las oportunidad de uso futuro.
- 66 El recurso resulta importante para alguien cercano (familiar, amigo, conocido...) o terceras personas.
- 67 Este lugar o recurso forma parte de mi vida diaria.
- 68 El estilo del recurso o lugar refleja parte de mi identidad.
- 69 Disfruto el recurso estando con otras personas de mi entorno.
- 70 El recurso es percibido como propio de la comunidad.
- 71 La estructura del edificio es eficiente y consigue la máxima utilidad posible del espacio disponible.
- 72 El recurso está bien compuesto/organizado permitiendo que el total de la población haga uso de él (diseño universal).
- 73 El recurso es suficientemente espacioso para el uso esperado o servicios a los que está destinado.
- 74 El recurso aprovecha su orientación en el sitio.
- 75 El recurso responde al microclima del entorno.

76	El recurso tiene la infraestructura (instalaciones, objetos, materiales) suficientes.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
77	Se observan elementos que evocan naturalidad (percepción visual de verde superior al 20% del espacio total del recurso).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
78	La forma y los elementos empleados están bien detallados o elegidos con precisión.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
79	Los elementos utilizados (color, texturas, flora...) mejoran el disfrute del recurso.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
80	El recurso produce una buena primera impresión.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
81	En general, este recurso es atractivo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
82	Las instalaciones del recurso son apropiadas para atender las funciones objetivo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
83	La configuración del recurso proporciona flexibilidad para su adaptación a circunstancias cambiantes en su uso.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
84	El recurso dispone de una infraestructura modular que promueve el uso constante y óptimo del espacio.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
85	El recurso se puede adaptar para desarrollar diferentes funciones de forma no simultánea.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
86	El recurso ofrece una amplia disponibilidad horaria de sus servicios, o se adecua a necesidades específicas de sus usuarios.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
87	El recurso ofrece simultáneamente diferentes oportunidades o funciones.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
88	La forma del recurso es conveniente, agradable o apacible.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
89	El recurso genera un bajo número de quejas reportadas por los usuarios.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
90	El recurso y sus instalaciones dan una apariencia general de un adecuado mantenimiento.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
91	El recurso se ve cuidado, limpio y ordenado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
92	La calidad acústica es apropiada para el uso y comodidad del recurso.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
93	El recurso es tranquilo o tiene espacios que transmiten serenidad.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
94	El recurso no permite un nivel de exposición al ruido mayor de 55 dBA entre las 7 y las 22 horas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
95	El recurso no permite un nivel de exposición al ruido mayor de 35 dBA durante la noche.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
96	La calidad del aire es apropiada para el uso y comodidad del recurso.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
97	La calidad del aire externo es adecuada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
98	Se respira un ambiente fresco y agradable en el lugar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- 99 Las fragancias de olor en el espacio son confortables.
- 100 La temperatura ambiental del recurso es adecuada para su uso (técnicamente de 20 a 26°C, o un balance de energía de -50 y 50 W/m<sup>2</sup>)
- 101 La temperatura ambiental del recurso es adecuada durante más de 8h al día en verano.
- 102 La temperatura ambiental del recurso es adecuada durante más de 4h al día en invierno.
- 103 El recurso es adecuado por su iluminación y colores escogidos.
- 104 Hay suficiente luz natural en el lugar.
- 105 Existen mecanismos de protección y de seguridad (cámaras de vigilancia, cuerpos de seguridad...).
- 106 La infraestructura y su diseño previenen el riesgo de lesiones.
- 107 El recurso y su entorno permiten una fácil visibilidad (identificar un rostro a 15 metros de distancia).
- 108 Existen pruebas de vandalismo en el recurso y su entorno (graffitis, desperfectos...).
- 109 Las normas de conducta están desarrolladas para garantizar un espacio seguro.
- 110 En el recurso o su entorno hay algún medio donde obtener ayuda de emergencia.
- 111 Hay transparencia o campo visual entre el recurso y el exterior.
- 112 Hay actividad y presencia durante la mañana (6-15h).
- 113 Hay actividad y presencia durante la tarde (15-22h).
- 114 Hay actividad y presencia durante la noche (a partir de las 22h).
- 115 Ocurren con frecuencia hechos delictivos que inhiben la realización de algunas actividades potenciales del recurso.
- 116 El recurso transmite confianza y seguridad para poder realizar las actividades esperadas.
- 117 La infraestructura y su diseño transmiten seguridad.
- 118 Tengo buenas referencias acerca del recurso (conocimiento, información positiva...).
- 119 No me siento observado.
- 120 Factores como la edad o el sexo, el origen étnico o la religión, o la discapacidad, no afectan en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.

- 121 El recurso presenta la cantidad y variedad de instalaciones u oferta de productos suficiente para prestar adecuadamente su función.
- 122 Hay escasez del recurso.
- 123 Existe una dotación adecuada (el recurso atiende a una densidad poblacional de 220-250 hab/ha en un radio de 800m).
- 124 La utilización del recurso por un determinado usuario reduce la capacidad de ser usado por otras personas.
- 125 La oferta del recurso o criterios de acceso permiten excluir entre los potenciales usuarios a los que está dirigido.
- 126 *Acerca de la privacidad...* El recurso permite el anonimato o cierto grado de intimidad cuando el usuario así lo requiere.
- 127 El equipo humano que soporta el recurso propicia su durabilidad.
- 128 En el recurso se observan medidas de creatividad y/o innovación que generan valor añadido y repercuten positivamente en los resultados.
- 129 Con el paso del tiempo, el recurso muestra capacidad de adaptación estratégica a las nuevas necesidades de la comunidad.
- 130 El recurso soporta bien su uso y desgaste, y requiere fácil mantenimiento.
- 131 El recurso es utilizado por un alto número de sus usuarios potenciales y de forma frecuente.
- 132 Los beneficios que aporta el recurso a la comunidad son superiores a los costes.
- 133 Estoy dispuesto a pagar por el uso del recurso un precio superior al actual para poderlo utilizar.
- 134 Existen o pueden existir otros recursos sustitutivos para atender la misma función o funciones y de manera menos costosa para la comunidad.
- 135 Considerando todos los aspectos el balance del recurso es positivo en su contribución con el medio ambiente.
- 136 Se observan evidencias objetivas de que el recurso tiene una política orientada a la sostenibilidad medioambiental.
- 137 El recurso está configurado para el uso de materiales que tengan menos impacto en el medio ambiente.
- 138 El recurso promueve la participación.
- 139 El recurso es un claro “soporte” como receptor de numerosas actividades o servicios comunitarios.
- 140 El recurso tiene una gran “influencia” como emisor de actividades en el entramado de su comunidad.

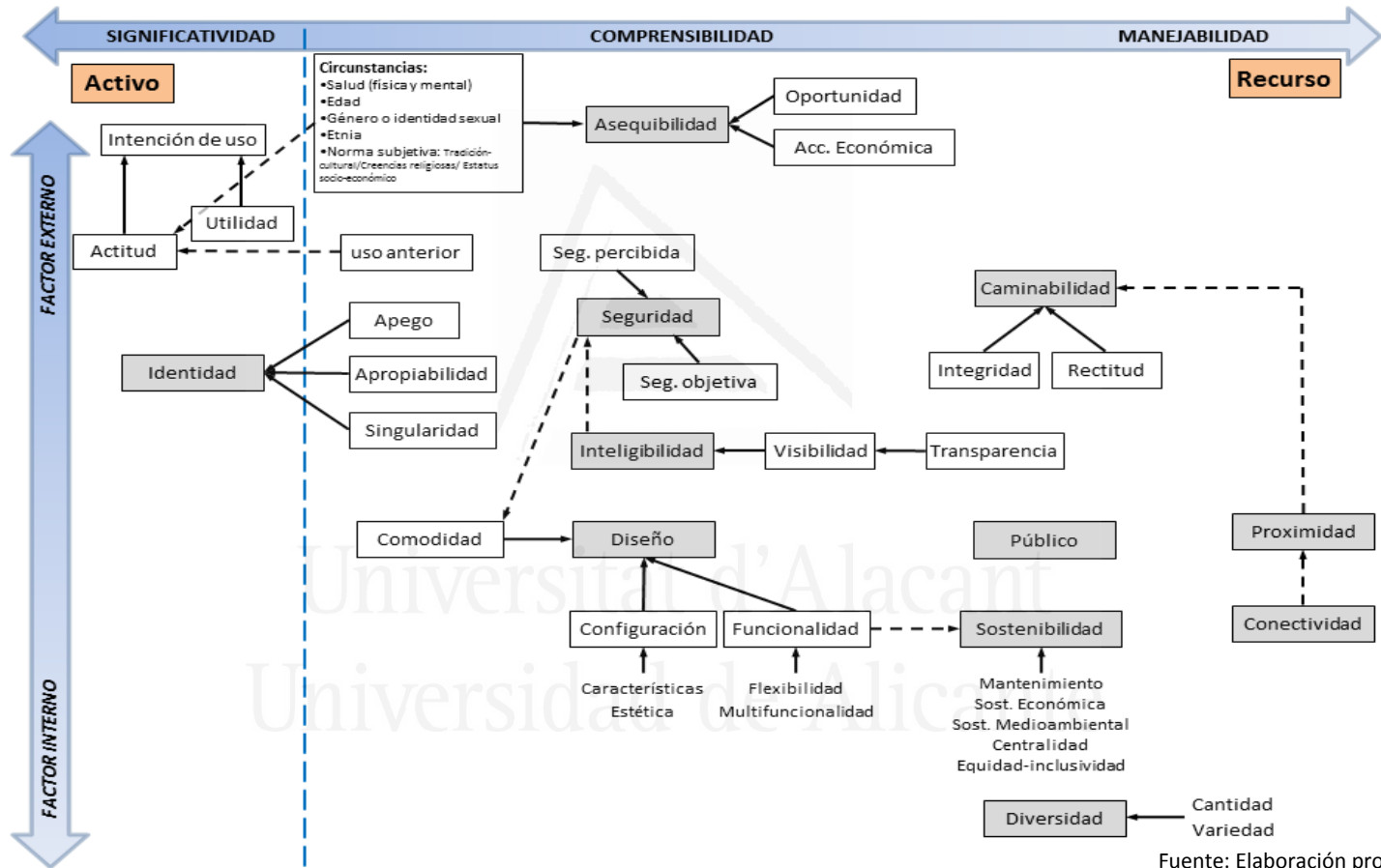
- |     |  |             |
|-----|--|-------------|
| 141 | El recurso es referente en la intermediación entre otras actividades o recursos intra-comunitarios o inter-comunitarios.           | □ □ □ □ □ □ |
| 142 | El recurso está directamente relacionado con un número considerable de otros recursos del mismo territorio.                        | □ □ □ □ □ □ |
| 143 | El recurso tiene relación directa con recursos influyentes o importantes de la comunidad.  | □ □ □ □ □ □ |
| 144 | <b>(pregunta añadida) El recurso facilita el intercambio entre personas de la comunidad, contribuyendo al bienestar colectivo.</b> | □ □ □ □ □ □ |
| 145 | La inclusión y participación social forman parte de la estructura o del funcionamiento del recurso.                                | □ □ □ □ □ □ |
| 146 | La diversidad e inclusión social son objetivos del recurso.  | □ □ □ □ □ □ |
| 147 | <b>(pregunta añadida) El recurso contribuye reduciendo las desigualdades sociales.</b>   | □ □ □ □ □ □ |

---

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 3

Figura 5.9: Esquema de constructo e interrelación multidimensional de un activo para la salud



Fuente: Elaboración propia

## ANEXO 4

**Tabla 5.11: ESCALA DE VALORACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ACTIVOS PARA LA SALUD – MODIFICADA**

Las respuestas son de tipo Likert-5: “totalmente de acuerdo” (5), “de acuerdo”(4), “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (3), “en desacuerdo” (2), “totalmente en desacuerdo” (1)

\* Las respuestas de este ítem corresponden al par de adjetivos: el adjetivo positivo con una valoración de 5 puntos y el adjetivo negativo con la valoración mínima de 1 punto.

	<b>Ítems</b>	<b>Respuesta</b>
		<b>2 1 0 -1 -2</b>
1	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de <b>subsistencia</b> (alimentación, descanso, trabajo, vestimenta...)	□ □ □ □ □
2	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de <b>protección</b> (seguridad)	□ □ □ □ □
3	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de <b>rol y relaciones</b> (afecto, relaciones sociales, amistad, participación,...).	□ □ □ □ □
4	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad del <b>entendimiento</b> (conocimiento, estudio, meditación,...).	□ □ □ □ □
5	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad del <b>ocio</b> (actividad física, diversión, relajación, juego,...).	□ □ □ □ □
6	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de <b>auto percepción</b> (identidad).	□ □ □ □ □
7	El recurso satisface directa o indirectamente la necesidad de <b>autorrealización</b> (valores y creencias, libertad, creación).	□ □ □ □ □
8	El recurso es importante para la salud o bienestar personal.	□ □ □ □ □
9	El recurso contribuye al mantenimiento o mejora de la salud o bienestar de la comunidad (familia y terceras personas).	□ □ □ □ □
10	La gente que es importante para mí (familiares y/o amigos) aprueban que haga uso del recurso.	□ □ □ □ □
11	Hacer uso del recurso está bien visto.	□ □ □ □ □
12	Creo que hacer uso del recurso me resultará «totalmente útil - totalmente inútil».	□ □ □ □ □
13	Creo que hacer uso del recurso me resultará «totalmente eficaz - totalmente ineficaz».	□ □ □ □ □
14	Creo que hacer uso del recurso me resultará «totalmente ventajoso - totalmente perjudicial».	□ □ □ □ □



- 15 Creo que hacer uso del recurso me resultará «totalmente inteligente - totalmente estúpido».
- 16 Creo que hacer uso del recurso me resultará «totalmente agradable - totalmente desagradable».
- 17 Hacer uso del recurso conducirá al resultado esperado.
- 18 Tengo intención de hacer uso del recurso en los próximos meses.
- 19 Tengo intención de hacer uso del recurso en los próximos años.
- 20 El recurso se ha utilizado en los últimos meses.
- 21 El recurso se ha utilizado en los últimos años.
- 22 El recurso se utiliza de forma periódica.
- 23 Puedo hacer uso del recurso.
- 24 Dispongo del tiempo necesario para hacer uso adecuadamente del recurso sin renunciar a otras alternativas igualmente importantes.
- 25 El uso del recurso no tiene coste económico, o es asumible.
- 26 El recurso está próximo caminando a pie: 60 min - 30 min - 5 min.
- 27 El recurso es visible en el entorno de mi actividad diaria, trabajo, ocio...
- 28 Las personas pueden caminar fácilmente hacia el recurso.
- 29 El recurso tiene buena comunicación a pie con otros recursos dentro de la zona.
- 30 No hay barreras físicas de la configuración urbana (grandes calles, autopistas, vallas/muros...) o accidentes geográficos (lago o río, terreno escarpado) que dificulten realizarla a pie.
- 31 La pendiente de la calle no dificulta realizar la ruta a pie.
- 32 El diseño de la calle ayuda a realizar la ruta a pie (anchura de la acera).
- 33 El trayecto resulta atractivo para el peatón por la diversidad de usos de la calle (comercial, ocio...).
- 34 El entorno de acceso al recurso es amigable (espacioso y con cielo visible).
- 35 Este recurso está bien conectado con otros puntos de interés de la ciudad.
- 36 Para llegar al recurso, se puede acceder a una variedad de opciones de transporte a menos de 5 min a pie (autobús, tranvía, metro, automóvil,...).
- 37 El recurso es distinguible o notorio en el territorio.
- 38 Los accesos al lugar son claros y visibles (perceptibles para cualquier persona).

- 39 Dispone de algún medio informativo (página web, tablón de anuncios,...) a través del cual sea posible acceder o se pueda solicitar dicha información.
- 40 *Si el recurso dispone de medio informativo...* Está configurado de tal forma que garantiza una legibilidad universal (respondiendo a cualquier limitación: visual, auditiva, cognitiva, cultural-lingüística,...).
- 41 *Si el recurso dispone de medio informativo...* Se puede acceder al contenido desde diferentes dispositivos.
- 42 *Si el recurso dispone de medio informativo...* El contenido es lo suficientemente inequívoco como para que pueda ser interpretado de manera confiable por una amplia variedad de usuarios.
- 43 El recurso es especialmente significativo para la mejora de mi salud o bienestar.
- 44 El recurso es percibido como característico de la comunidad.
- 45 Se trata de un recurso que tiene elementos singulares/distintivos.
- 46 Los rasgos característicos del recurso (factor humano, servicios que ofrece) son difícilmente imitables o replicables.
- 47 He tenido tantas experiencias de uso del lugar o recurso que me siento relacionado con él.
- 48 No imagino otro recurso alternativo que sea mejor.
- 49 Considero positivo la existencia de este recurso por los beneficios que proporciona y/o las oportunidades de uso futuro.
- 50 El recurso es importante para alguien cercano (familiar, amigo, o conocido...).
- 51 Este lugar o recurso forma parte de mi vida diaria.
- 52 Disfruto el recurso estando con otras personas de mi entorno.
- 53 La forma del recurso facilita su función.
- 54 El recurso está bien organizado permitiendo que el total de la población haga uso de él (diseño universal).
- 55 El recurso es suficientemente espacioso para el uso esperado o servicios a los que está destinado.
- 56 El recurso tiene la infraestructura suficiente (instalaciones, medios materiales,...).
- 57 Se observan elementos inspirados en espacios naturales (percepción visual de verde superior al 20% del espacio total del recurso).
- 58 En general, este recurso es atractivo.

- 59 La decoración es agradable (color, texturas,... mejoran el disfrute del recurso).
- 60 El recurso es fácilmente adaptable a diferentes usos.
- 61 El recurso ofrece una amplia disponibilidad horaria de sus servicios, o se adecua a necesidades específicas de sus usuarios.
- 62 El recurso ofrece varios servicios o funciones a la vez.
- 63 La forma del recurso es agradable o apacible y los usuarios se sienten cómodos en él.
- 64 El recurso se ve cuidado, limpio y ordenado.
- 65 El recurso es tranquilo, tiene baja exposición al ruido, o dispone de espacios que transmiten serenidad.
- 66 Se respira un aire adecuado y los olores son agradables.
- 67 La temperatura ambiental del recurso es adecuada para su uso.
- 68 Hay suficiente luz natural en el lugar y su iluminación es adecuada.
- 69 Existen mecanismos de protección y de seguridad (cámaras de vigilancia, cuerpos de seguridad...).
- 70 La infraestructura y su diseño previenen el riesgo de lesiones.
- 71 Existen pruebas de vandalismo en el recurso y su entorno (desperfectos...).
- 72 Las normas de uso facilitan un espacio seguro.
- 73 En el recurso o su entorno hay algún medio donde obtener ayuda de emergencia.
- 74 Hay transparencia o campo visual entre el recurso y el exterior.
- 75 Hay presencia ciudadana en el entorno durante el horario de utilización del recurso.
- 76 El recurso, su infraestructura y diseño, transmiten confianza y seguridad para realizar las actividades esperadas.
- 77 Tengo buenas referencias acerca del recurso (conocimiento, información positiva...).
- 78 La edad no es determinante en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.
- 79 Las diferencias de sexo/género no son determinantes en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.
- 80 Las diferencias étnicas y culturales no son determinantes en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.

- 81 La discapacidad no es determinante en la percepción de seguridad en el recurso o su entorno.
- 82 El recurso presenta la cantidad y variedad de instalaciones u oferta de productos suficiente para prestar adecuadamente su función.
- 83 Hay una oferta adecuada en el vecindario de este tipo de recurso.
- 84 La utilización del recurso por un determinado usuario no limita la capacidad de ser usado por otras personas.
- 85 Los criterios de acceso al recurso no discriminan a los potenciales usuarios del recurso.
- 86 *Acerca de la privacidad...* El recurso permite el anonimato o cierto grado de intimidad cuando el usuario así lo requiere.
- 87 El equipo humano que soporta el recurso propicia su durabilidad.
- 88 En el recurso se observan medidas de innovación y mejora que aumentan su valor y repercuten positivamente en la salud.
- 89 Con el paso del tiempo, el recurso muestra capacidad de adaptación estratégica a las nuevas necesidades de la comunidad.
- 90 El recurso soporta bien su uso y desgaste, y requiere poco mantenimiento.
- 91 El recurso es utilizado por un alto número de sus usuarios potenciales y de forma frecuente.
- 92 Los beneficios que aporta el recurso a la comunidad son superiores a los costes.
- 93 Estoy dispuesto a pagar por el uso del recurso un precio superior al actual para poderlo utilizar.
- 94 Existen o pueden existir otros recursos sustitutivos para atender la misma función o funciones y de manera menos costosa para la comunidad.
- 95 Considerando todos los aspectos, el recurso respeta el medio ambiente.
- 96 El recurso promueve la participación de la población.
- 97 El recurso es un claro “soporte” como receptor de numerosas actividades o servicios comunitarios.
- 98 El recurso ejerce un papel proactivo en el desarrollo de actividades en su comunidad.
- 99 El recurso es referente en la intermediación o enlace entre otras actividades o recursos.
- 100 El recurso tiene relación directa con recursos influyentes o importantes de la comunidad.

- 101 El recurso facilita las relaciones entre personas de la comunidad, contribuyendo al bienestar colectivo.
- 102 La inclusión y participación social son relevantes en los objetivos y organización interna del recurso.
- 103 El recurso contribuye a reducir las desigualdades sociales.
- 

Fuente: Elaboración propia



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante