



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Intervención socio-comunitaria para la mejora
de la salud y la calidad de vida. Un estudio de
caso desde la sociología de la salud

Nieves Martínez Cía



Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**INTERVENCIÓN SOCIO-COMUNITARIA PARA LA MEJORA DE LA SALUD
Y LA CALIDAD DE VIDA.
UN ESTUDIO DE CASO DESDE LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD**

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

NIEVES MARTÍNEZ CÍA

TESIS DOCTORAL

Universidad de Alicante, 22 de septiembre de 2017



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA I

INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA PARA LA MEJORA DE LA SALUD Y LA
CALIDAD DE VIDA.

UN ESTUDIO DE CASO DESDE LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

Nieves Martínez Cía

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

1109 DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

Dirigida por:

Prof. Dr. RAÚL RUIZ CALLADO
Prof. Dra. MARÍA TERESA ALGADO FERRER

“El organismo social, como el corporal, no puede ser vigoroso y eficiente a menos que los programas sociales y económicos portadores de bienestar le aseguren las condiciones mínimas que exige una vida sana”

Walter Bradford Cannon (1871-1945)
Fisiólogo estadounidense (Escuela Médica. Universidad de Harvard)

«If the major determinants of health are social, so must be the remedies»

Michael Marmot (1941-)
Director del Instituto de Equidad en Salud del Colegio Universitario de Londres (UCL)

“...la enfermería y las desigualdades en salud están inextricablemente unidas por su naturaleza, porque las desigualdades en salud son fundamentalmente el resultado de la falta de cuidado dentro de la sociedad”

Gloria Smith (1934-2013)
Community Health Nurses of Canada

“Está en la naturaleza de los derechos humanos el hecho de que aunque se hayan formulado para ser disfrutados de forma individual, (...) sea preciso luchar por ellos y conquistarlos de forma colectiva”

Zygmunt Bauman (1925-2017)
Sociólogo y filósofo

PREFACIO

¿Por qué esta tesis?

Desde que emprendí los estudios de Enfermería, en 1977, en la Universidad de Navarra, tenía claro el carácter humanista de la profesión. Me atraía la posibilidad de reconfortar, a través de mis cuidados, a las personas que pasan por momentos duros, de desequilibrio en su salud.

Iniciando mi andadura profesional en un entorno hospitalario en el que predominaba la tecnología y los avances médicos más punteros, aplicaba los conocimientos adquiridos en la Escuela de Enfermería, fundamentalmente técnicos y biomédicos. Centrada en este despliegue tecnológico, y orgullosa del prestigio que esto le otorgaba al hospital, transcurrieron casi diez años que ahora contemplo sin nostalgia.

En 1988 comencé a ejercer en la Atención Primaria de Salud, en la Comunidad Autónoma de Canarias, y, aunque apenas se había desarrollado como el nuevo modelo que pretendía ser, me aportaba una nueva y sorprendente visión de las cosas y comprobaba lo diferentes que eran las perspectivas de cuidados que se me planteaban: ya los pacientes, las personas, no estaban en el hospital, ese entorno que me proporcionaba confianza y seguridad; ahora era yo que la estaba inmersa en sus vidas cotidianas.

El impacto del radical cambio en mis funciones y en el entorno social y cultural que ahora vivía me generó gran inseguridad. Reconozco cierta sensación de pérdida, como de prestigio o de estatus, que me incomodaba. Con el paso del tiempo comprendí que esta suerte de malestar era generado por el desconocimiento, por la falta de habilidades profesionales para moverme por el terreno de lo social, de lo cultural, y ante su evidente influencia en la salud y en la vida de la gente. Aquellos conocimientos adquiridos en la carrera, que hasta entonces me parecían más que suficientes para trabajar con seguridad y certeza, resultaban enormemente pobres para enfrentar problemas sociales, relaciones con personas, familias y entornos para los que no estaba preparada. No tardé mucho en contemplarlo más bien como un reto, una nueva mirada profesional que intuía enriquecedora también en lo personal.

Comenzando el año 2000 mi sentimiento de frustración en el desempeño profesional iba en aumento. Los problemas sociales se reflejaban en las consultas como en un espejo y era desalentador sentir que las respuestas a muchos de ellos se situaban fuera del centro de salud y más allá de lo que los programas de salud establecidos ofrecían. La histórica situación de desventaja social de la gente que atendía mostraba abiertamente el impacto de los determinantes sociales de la salud, pero su consideración dentro del sistema parecía incorporarse más a los discursos que a la práctica diaria y tenía cierta sensación de estar perdiendo la oportunidad única que la Atención Primaria de Salud, como primer nivel de atención, brinda para abordar las dimensiones colectivas de la salud. Como encabezaba el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, en 2008, me preguntaba: “¿Para qué tratar a la población... y devolverla luego a las condiciones de vida que la enferman?”.

Ha sido la necesidad sentida de abordar esta cuestión como profesional de la salud la que me ha motivado para avanzar en mi formación y trabajar desde una perspectiva más respetuosa, más comprensiva y sensible a la dimensión social y cultural de la salud.

El comienzo de mis estudios de máster en Ciencias de la Enfermería, en la Universidad de Alicante, supuso el primer acercamiento a los temas que me resultaban de interés, a las respuestas a tantos interrogantes que me planteaba a diario en mi labor asistencial. Aquellas asignaturas que se anunciaban como “*Sociedad y salud*” o “*Nuevas demandas de salud*” me llamaron de inmediato la atención y, realmente, las disfruté. Supongo que la ya entonces extensa experiencia profesional jugaba, en ello, a mi favor. Cada tema, cada enfoque, cada reflexión, resultaba apasionante por cercana, por vivida, por experimentada, porque me resultaba sencillo relacionar las teorías de origen sociológico con mi práctica profesional cotidiana.

La paralela experiencia de mi participación en el proceso comunitario de Las Remudas y La Pardilla, que es el centro de este trabajo doctoral, ayudaba a mantener el interés por querer saber más sociología; para trabajar mejor,

sintiendo que lo hago mejor y que aún puedo saber y mejorar más; para intentar, desde el conocimiento científico, que algunas cosas cambien en mi entorno profesional. No veo el límite.

Esta tesis llega tras más de catorce años de trabajo en el ámbito comunitario, al que me incorporé con esfuerzo -compatibilizándolo con el resto de tareas asistenciales- y cierta resistencia institucional, y a la luz de la Sociología que me ofrece nuevas e insospechadas posibilidades de vivir mi vida profesional -y la propia- con más autoconciencia: cuanto más avanzo en el conocimiento de esta ciencia, mayores habilidades adquiero para ver más allá de lo aparente, a las personas en su contexto, el lugar y el momento en que viven, su cultura, sus valores, su historia y comprender mejor cómo todo ello afecta a sus vidas y condiciona sus comportamientos. La descubro como ciencia -imprescindible ya- para empezar a comprender el dolor que causa no solo un desorden fisiológico, sino el que causa el desorden social; cómo el sufrimiento individual tiene a menudo sus raíces en las condiciones que se generan colectivamente.

Queda un largo camino hacia un modelo de atención a la salud que se oriente realmente a la promoción de la salud y a la reducción de las desigualdades e inequidades en salud. Hay que asumir con humildad que es necesario un diálogo entre paradigmas, entre disciplinas, que permita armonizar el actual enfoque biomédico con la consideración de la multicausalidad de las nuevas formas de enfermar. De acuerdo con Edgar Morín:

...¿Por qué el pensamiento complejo? Porque viene de una insatisfacción de los modos del conocimiento que corta las realidades en pedacitos, aislando los unos de los otros; y el problema es buscar el tejido común, porque en ocasiones no se puede ver...La complejidad enaltece el papel del individuo como intérprete, pero no como sujeto aislado, sino como colectividad, como entramado de relaciones sociales que necesitan ser leídas desde múltiples visiones...¹

El conocimiento avanza si tenemos conciencia de insatisfacción. Y yo la tengo.

¹Morín E, (2000) Conferencia inaugural. En: Memorias del I Congreso Internacional de Pensamiento Complejo (Tomo2). Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. ICFES.

AGRADECIMIENTOS

Ha sido un largo recorrido hasta llegar aquí y son muchas las personas a las que agradecer que lo haya conseguido. Gracias a todos los que pusieron su granito de arena, aunque no ponga su nombre aquí.

Quiero dejar aquí un mensaje especial al barrio de Las Remudas, a su gente, que, tras casi veinticinco años ya, me ha hecho sentir parte de él. Gracias por haberme enseñado el valor de la generosidad, de la solidaridad, del coraje de “tirar *p´alante*” en medio de las dificultades, de la fuerza que son capaces de demostrar cuando se trata de “mi barrio”; gracias por mostrarme todo lo bueno que existe tras las apariencias. Me tendrán a su lado siempre.

Esta tesis doctoral no hubiera sido posible si la Fundación Canaria “El Patio”, con su propuesta de trabajo innovadora, generosa y entregada, no hubiera llegado al barrio y nos hubiera convencido a muchos de que es posible otra forma de hacer las cosas, desde el respeto, la empatía y la profesionalidad. Pueden estar satisfechos de su trabajo: aquellos chiquillos de entonces, son hoy hombres y mujeres de bien y Las Remudas es un lugar mejor donde vivir.

Nunca podré agradecerles lo suficiente la transformación vivida gracias a ellos, en lo personal y en lo profesional. Gracias Mecho, Marta, Rober, Pedros y todos los que pasaron por allí y dejaron una huella tan importante.

Siempre tendré presente también a Marco Marchioni. Nunca olvidaré cómo me removi6 por dentro escucharle la primera vez, cómo dio un giro a mi misi6n y a mi visi6n de la atenci6n primaria de salud y cómo me tranquiliz6 comprobar que hay otras formas de cuidar la salud y que, adem6s, son m6s 6ticas y m6s justas. Gracias Marco por tus ense6anzas, por apoyarme todos estos a6os con tu sabidur6a y tus conocimientos, por tu sencillez, por aquellos spaghetti...

A mis compa6eros del centro de salud de Las Remudas, en especial al equipo de enfermer6a y a Loli, por apoyarme, por aguantar mis “discursos” y mi estr6s y por hacerme m6s f6cil esta dura tarea de doctorarme mientras bregamos con el quehacer diario.

A la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria que ha mostrado siempre la generosidad, paciencia y flexibilidad necesarias para dejarme llegar profesional y académicamente hasta donde hoy estoy.

A Mer, a Sagra y a Patxi, por animarme en todo momento, por aguantarme tantos momentos de nervios y cansancio, con tanta paciencia y cariño, por ayudarme con ese inglés que se me atraviesa. Les quiero mucho.

Dejo para el final a mis directores de tesis, Raúl Ruiz Callado y María Teresa Algado Ferrer, y creo que es porque no sé muy bien cómo, con qué palabras, agradecer su paciencia y su constancia sin las que no estaría hoy escribiendo esto. Agradezco especialmente el esfuerzo de aceptarme bajo su tutela a sabiendas de las dificultades que auguraba el hacerlo.

De forma especial a Raúl le estaré infinitamente agradecida por hacer que me entusiasme la Sociología y, con ello, ayudarme a ser mejor enfermera y ciudadana comprometida; por volver a levantarme cuando estaba a punto de claudicar, por hacerme sentir parte de la Universidad de Alicante, por compartir un poco de mi vida y de mi trabajo en Canarias, por pasear conmigo por Las Remudas, por el tiempo “robado” a su familia, por hacerme sentir en todo momento que realmente podía lograrlo.

Los dos mil kilómetros que nos separan no son nada; su apoyo continuo me lo ha puesto fácil.

Ya siempre estaremos cerca. Gracias Raúl.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN..... 13

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....17

SECCIÓN I: SÍNTESIS

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Salud, enfermedad y asistencia sanitaria.....21

1.2. Determinantes de la salud: perspectiva individual y perspectiva social..23

1.3. Desigualdades sociales y desigualdades en salud.....26

1.4. Causas de las desigualdades sociales en salud..... 27

1.5. El papel de la Atención Primaria de Salud.....30

1.6. Enfoque comunitario de las intervenciones para reducir
la desigualdad en salud.....32

2. JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD TEMÁTICA Y CONTEXTUALIZACIÓN

2.1. Una propuesta de intervención sociocomunitaria en un
barrio vulnerable: el caso de Las Remudas..... 33

2.2. El entorno como determinante de la salud..... 39

2.3. Jóvenes y vulnerabilidad social..... 42

3. OBJETIVOS..... 45

4. HIPÓTESIS..... 47

5. RESUMEN DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS..... 49

6. RESUMEN GLOBAL DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 57

SECCION II: Versión íntegra de las publicaciones científicas resultado de esta tesis

TRABAJOS PUBLICADOS O ACEPTADOS PARA SU PUBLICACIÓN

Artículo 1

Promoción de salud para la generación de entornos saludables en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas, Gran Canaria..... 75

Artículo 2

Transición a la edad adulta en jóvenes vulnerables. Efectos de una intervención sociocomunitaria en el barrio de Las Remudas, Gran Canaria, España..... 83

Transition to adulthood in vulnerable youngsters. Impact of a socio-community intervention in the district of Las Remudas Gran Canaria, Spain..... --

SECCIÓN III: TRABAJOS NO PUBLICADOS

“Estudio transversal sobre la salud y hábitos de vida de la población de La Pardilla y Las Remudas 2012-2013” 87

SECCIÓN IV:

CONCLUSIONES.....93

ANEXOS

Anexo 1. Difusión de resultados y de la experiencia de intervención..... 99

Anexo 2. Actividad docente..... 100

Anexo 3. Actividad científica..... 101

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 103

PRESENTACIÓN

Este trabajo doctoral, presentado en la modalidad de compendio de publicaciones, centra su interés en el proceso de intervención sociocomunitaria desarrollado entre 2003 y 2013 en un barrio vulnerable del municipio de Telde, isla de Gran Canaria. Comunidad Autónoma de Canarias, España.

Con él se pretende poner en valor la consideración de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de nuevas formas de intervención para minimizarlos, necesarias ante las nuevas demandas de salud de la sociedad actual, que permitan la participación de los afectados orientándola a la transformación y a la mejora de la calidad de vida.

La intervención sociocomunitaria, objeto de análisis en esta tesis doctoral, defiende la necesidad de enfoques integrales y participativos en las estrategias de trabajo de los diferentes actores y disciplinas que actúan en los territorios más desfavorecidos. También del compromiso político para reducir las inequidades en salud y favorecer la justicia social.

Los artículos comprendidos en esta tesis se engloban en esta línea de investigación y tratan de reflexionar, con las personas participantes en el proceso socio-comunitario desarrollado en el barrio, sobre las transformaciones vividas en su entorno y el impacto que éste haya podido tener, particularmente en las trayectorias vitales de su población joven.

Los estudios desarrollados a este fin son los siguientes:

1. Martínez Cía, Nieves; Ruiz-Callado, Raúl (2015). Promoción de salud para la generación de entornos saludables en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas, Gran Canaria. *Enfermería Comunitaria*, 11(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v11n1/ec9848.php>

2. Ruiz Callado, Raúl; Martínez Cía, Nieves (2017). Transición a la edad adulta en jóvenes vulnerables. Efectos de una intervención sociocomunitaria en el barrio de Las Remudas, Gran Canaria, España. *Enfermería Global*, 48; 16 (4).

Esta tesis doctoral se ajusta a lo establecido por la Escuela de Doctorado de la Universidad de Alicante, quedando estructurada en cuatro secciones:

Sección I: Síntesis que incluye la introducción y justificación de la unidad temática, objetivos, hipótesis, resumen de los trabajos presentados y el resumen global de sus resultados y discusión.

Sección II: Versión íntegra de los trabajos presentados.

Sección III: Trabajos no publicados.

Sección IV: Conclusiones.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Modelo de Determinantes de la Salud de Dahlgren y Whitehead, 2006.....	28
Figura 2. Marco conceptual de los Determinantes de las Desigualdades Sociales en Salud. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010.....	29
Figura 3. Esquema del trabajo específico con niños y jóvenes del programa “El Patio”.....	36
Figura 4. Esquema de las áreas de trabajo de la intervención sociocomunitaria.....	37
Figura 5. Esquema del proceso sociocomunitario Las Remudas 2003-2013....	38
Figura 6. Comparativa de la evolución poblacional entre Las Remudas y los dos barrios colindantes 2001-13.....	57
Figura 7. Comparativa evolución población joven 2000-2012.....	58
Figura 8. Evolución de las aportaciones económicas para el desarrollo del “Programa El Patio” en las dos zonas de intervención (Las Remudas y Lanzarote) y el Equipo Central de 2009-2012.....	66
Tabla 1. Resumen del coste de las actuaciones. A.R.I. (Área de Rehabilitación Integral) Las Remudas.....	59



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SECCIÓN I
Síntesis

SÍNTESIS

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Salud, enfermedad y asistencia sanitaria

El concepto de salud ha suscitado importantes debates teóricos entre las diferentes disciplinas que la abordan evolucionando, a partir de la nueva definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1947, hacia su consideración como proceso -más que “estado”- complejo, biológico y social. Pero la concepción de salud más ampliamente arraigada, tanto entre la población como en el ámbito científico, ha sido -y sigue siendo- la caracterizada por el modelo biomédico: la enfermedad como desviación de la normalidad, con una causa específica (gérmenes, desequilibrios metabólicos o alteraciones funcionales) y universal, que no varía en el tiempo ni el espacio. Se prioriza -y divide- la atención al cuerpo sobre la mente cuya competencia corresponde al personal médico así como su estudio y definición sobre cuándo un estado es o no enfermedad y, en su caso, si ésta incapacita al individuo o no para desarrollar sus actividades y roles asignados socialmente.

Los primeros estudios sociológicos relacionados con la salud, más centrados en la profesión médica y en la relación médico-paciente, mostraron cierta subordinación a este enfoque biomédico de la salud y a la medicina. Talcott Parsons, con su obra *El Sistema Social* (1951), facilitó la difusión del conocimiento médico y fomentó el cumplimiento de las recomendaciones médicas si los individuos querían recuperar la salud y su capacidad óptima para desarrollar sus funciones y, con ello, el equilibrio y el orden social: la enfermedad es una desviación social que los médicos deben reconducir.

A lo largo del siglo XX la medicina adquiere gran poder y reconocimiento social y, con ello, la capacidad de intervención sobre los aspectos biológicos y sociales de las personas. Este poder de la medicina para hacer juicios sobre qué resulta desviado de la norma, para separar “lo normal” de “lo patológico” (Canguilhem, 1971), es caracterizado por algunos sociólogos como medio de disciplina y control social (Foucault, 1974; Rodríguez, 1981; Valls-Llobet, 2009).

En las décadas de los 60 y 70, la sociología se torna algo más crítica con la medicina y la relación médico-paciente. Estudia sus formas de control social introduciendo categorías, como los procesos de estigmatización (Goffman, 1963) o de etiquetado social (Becker, 1963), para poner de manifiesto cómo las etiquetas adjudicadas a determinadas enfermedades son, en ocasiones, reflejo de juicios de valor o prejuicios de la profesión médica y cómo se les atribuye socialmente características negativas.

Iván Illich (1975) es especialmente contundente en su crítica a la medicina moderna. En su *Némesis médica* pone en entredicho no solo la responsabilidad de la medicina en la mejora de la salud, sino que la califica como una “grave amenaza a la salud” por sus efectos iatrogénicos en el ámbito tanto clínico (medicalización), como social (expropiación de la salud que pasa a ser dependiente de la autoridad médica) y cultural (destruyendo el poder de autocuración o autocuidado de las personas y las comunidades para lidiar de forma autónoma con la enfermedad, el dolor y la muerte, sustituyéndolo por la tecnología moderna). Las personas ya no quieren curarse sino ser curadas.

Los grandes avances científicos y tecnológicos y el convencimiento de que éstos son los que han conseguido el descenso de la mortalidad y la mayor esperanza de vida siguen presentes en el imaginario colectivo y en gran parte de la comunidad científica. Desde la visión más simple y restringida del proceso salud-enfermedad-atención, el peso otorgado al conocimiento aportado por las investigaciones médicas reduccionistas ha sido mayor que el aportado por otras corrientes intelectuales y ciencias no médicas. Esto ha propiciado que el diseño de las políticas -asistenciales- de salud sean muy sensibles a cualquier equipamiento tecnológico o terapia farmacológica que sugiera algún tipo de beneficio para la salud -aunque las evidencias sean dudosas o incompletas-, ante la posibilidad de que no proporcionarlas pudiera afectar o poner en riesgo la salud de la población. Sin embargo, el hecho de que haya gente que muere o sufre por cuestiones no relacionadas con la asistencia parece ser ignorado o, al menos, no encuentra respuesta en las políticas de salud (Evans y Stoddart, 1996; Hernández-Aguado, Santolaya, y Campos, 2012; Márquez, 2016).

Al margen de la mayor o menor proporción de su riqueza que cada país invierte en asistencia sanitaria, todos muestran gran preocupación por las crecientes demandas, sus costes asociados y sus cada vez más insuficientes recursos disponibles. También resulta de interés el análisis de su efectividad en la ganancia de salud a la vista de la persistencia de las enfermedades, viejas o nuevas, cada vez menos sensibles a la expansión de los sistemas asistenciales. Esto ha favorecido que se preste mayor atención a la creciente evidencia de factores determinantes de la salud de las personas que pudieran encontrarse fuera del sistema asistencial (Evans y Stoddart, 1996; Durán, 2004; Montaner, Foz y Pasarín, 2012; Urbanos, 2012; Carmona y Parra, 2015).

1.2. Determinantes sociales de la salud: perspectiva individual y social

La definición de salud de la OMS, en 1946, al incluir aspectos relativos al bienestar “físico, mental y social”, más allá de la ausencia de enfermedad, permitió que se empezara a trasladar el foco de atención hacia lo social.

Otras ciencias como la sociología, la epidemiología, la antropología, la economía o la psicología han aportado importantes teorías y evidencias sobre el impacto de los condicionamientos sociales sobre la salud. Más allá de sus críticas a la estrecha visión del modelo biomédico, han supuesto una nueva forma de mirar y entender la salud y la enfermedad y los factores que las determinan.

El documento del gobierno canadiense *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*, conocido como *Informe Lalonde*, en 1974, fue un importante precedente en el intento de ampliar la visión sobre los factores determinantes de la salud. Su propuesta los categorizaba en cuatro “campos”: estilos de vida, medio ambiente, biología humana y organización de la asistencia sanitaria, destacando el mayor peso de los “estilos de vida”, frente a la asistencia sanitaria, como principal determinante de la salud.

Aunque el documento podía ser interpretado como una apelación a las políticas sociales para que fueran más allá de la prestación de servicios sanitarios, la mayor parte de los esfuerzos se dirigieron en las siguientes décadas a intervenir sobre esos “estilos de vida”, especialmente desde la Atención Primaria de Salud, asumiendo que son elegidos por las personas. Se inició un periodo de especial

atención a los factores de riesgo individuales y, para evitarlos, a las intervenciones preventivas, a través de la educación para la salud, que ponen especial énfasis en la responsabilidad individual, “culpabilizando a la víctima” (Mechanic, 1979; Buck, 1986; Castiel y Álvarez-Dardet, 2007; Sarriá y Villar, 2014).

Lejos del objetivo de frenar la expansión de la asistencia sanitaria, se ha conseguido todo lo contrario. Se han priorizado las intervenciones terapéuticas sobre las personas con enfermedades crónicas con consecuencias que han sido criticadas por muchos autores porque perturban y sobrecargan su vida cotidiana (Irigoyen, 2013) y fomentan la dependencia del sistema; porque se llevan a cabo costosas intervenciones preventivas, con actividades de cribaje o *screening* cuya efectividad y procedencia han sido puestas en entredicho (Gervás, 2013) y porque, en su “dimensión persecutoria”, generan cierto grado de inseguridad y desasosiego colectivo (Castiel y Álvarez-Dardet, 2007). Una asistencia sobremedicalizada (Márquez y Meneu, 2003) y tan fragmentada y especializada, que relega a un segundo plano la dimensión humana de la asistencia (Bermejo, 2011).

Otros autores, influenciados por las ideas de Foucault (1976), hacen una “*crítica de la vigilancia*” a algunos de los programas establecidos como nueva forma de control social: el poder que otorga la incorporación de los hábitos de vida como un indicador de salud, legitimaría, en nombre de la salud, la monitorización y regulación de los comportamientos privados e íntimos de las personas (López Álvarez, 2010; López Moreno, 2011; Bellón, 2015).

La principal crítica a esta simple e individualizada interpretación sobre los determinantes de la salud de Lalonde es que relegó a un segundo plano -cuando no ignoró- los factores sociales que influyen en el origen de la enfermedad o el logro de la salud.

Desde una mirada más amplia, en relación con los estilos de vida, la sociología ha aportado teorías que permiten comprender los condicionamientos sociales que los determinan. En general, la orientación sociológica considera el estilo de

vida como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social.

Karl Marx y Max Weber ofrecieron una visión del estilo de vida que enfatiza los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Para Marx, la clase social de las personas depende de su relación con los medios de producción, con la cantidad de bienes que puede conseguir con su trabajo. Por su parte Weber, en su trabajo *Economía y sociedad* (1922), incluye conceptos como el estatus, el prestigio y el poder como determinantes de la posición social, de modo que individuos que comparten ingresos, educación, prestigio e influencia política forman grupos diferenciados que comparten no solo estilos de vida, sino valores y actitudes sociales.

Las aportaciones de Pierre Bourdieu (1979) coinciden en considerar que las personas de una misma posición social comparten estilos de vida, y ciertos gustos y creencias relacionados, condicionados por el *habitus*, interiorización de las estructuras a partir de las cuales el grupo social en el que se ha sido educado produce sus pensamientos y sus prácticas.

Fundamentándose en las teorías de Weber y Bourdieu, Cockerham (1997) define los estilos de vida como patrones de comportamiento colectivos condicionados por el contexto en que se desarrolla su vida y las oportunidades que éste les ofrece; una relación entre las opciones de vida, condicionadas por la socialización y la experiencia de los individuos, y las oportunidades de vida, fundamentalmente condicionadas por su posición socioeconómica.

La Sociología ha contribuido de este modo al paso de una perspectiva individual a una más social que ha resultado fundamental para dejar de responsabilizar a los individuos por su mala salud y para tomar conciencia de la distribución inequitativa de los riesgos para la salud: las desigualdades sociales afectan generalmente a los más pobres o a quienes carecen de suficiente poder económico y político, a los que viven en entornos que influyen negativamente en su salud y disponen de menos oportunidades para adoptar estilos de vida saludables (Benach, Vergara y Muntaner, 2008; Puyol, 2014).

1.3. Desigualdades sociales y desigualdades en salud

Las relaciones entre el estado de salud de las personas y sus condiciones sociales han sido establecidas desde hace tiempo. En la primera mitad del siglo XIX médicos como John Snow o Rudolph Virchow advirtieron sobre la relación causal entre la pobreza y la enfermedad ante la elevada mortalidad provocada por epidemias en Londres y Alemania. Virchow consideraba la estructura política y social como origen de los problemas de los pobres y a la medicina, por tanto, una ciencia social: la acción política y las reformas sociales habrían de ser de interés y obligación para los médicos. En sus trabajos citaba a Friedrich Engels y utilizaba algunos de los datos recogidos en su trabajo sobre *La condición de la clase obrera en Inglaterra* (Engels, 1845) para relacionar las condiciones sociales con la estructura de clases, la economía y otros factores políticos.

A lo largo del siglo XX las evidencias sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud se han ido acumulando. En la década de los años 70 y 80 son referentes los trabajos de McKeown quien en 1976 observó, al igual que sus antecesores, reducciones muy importantes en la mortalidad de la población debida a enfermedades infecciosas, antes de que aparecieran tratamientos médicos efectivos para ellas, a través de medidas de salud pública y mejoras en las condiciones de vida de las personas.

El interés por buscar en lo social el origen de las enfermedades tuvo un desarrollo importante en Gran Bretaña con estudios referentes como *Whitehall I* (de 1967 a 1977) y *Whitehall II* (desde 1985 con recogidas de datos bianuales hasta hoy), o el *Informe Black* (1980).

El primero encontró que la mortalidad era casi cuatro veces mayor entre los funcionarios de categorías inferiores en comparación con los de los niveles más altos y que este gradiente de mortalidad iba más allá del estatus socioeconómico: la jerarquía por sí misma, afectaba a la salud expresándose a través de distintas enfermedades. El segundo estudio, dos décadas después, mostró que se mantiene el gradiente social de salud y sugiere que la calidad del “microentorno” social y físico de las personas podría ser crucial.

El Informe Black demostró, con gran solidez, que el riesgo de morir antes de los 65 años era mayor en las clases sociales más desfavorecidas y que este gradiente social de la salud había aumentado en los últimos años. Recomendaba la reorientación de los servicios de salud hacia la Atención Primaria y la Salud Comunitaria y ponía énfasis en la necesidad de que las políticas públicas se dirigieran a mejorar de las condiciones materiales de vida de los grupos más pobres e invirtieran en la puesta en marcha de programas de desarrollo socio-comunitario, dentro del sistema de salud público y universal (Segura del Pozo, 2014).

Aunque la salud de las poblaciones ha mejorado sustancialmente en el último siglo, la relación entre la pobreza, como expresión de desigualdad económica y de un entorno desfavorable para la salud, y la mayor mortalidad o riesgos para salud se ha mantenido, convirtiéndose en uno de los factores determinantes de la salud más importante (Regidor et. al, 2002; Rodríguez-Sanz, 2006; Marmot et al., 2012; Comisión Europea, 2013).

1.4. Causas de las desigualdades sociales en salud

Las desigualdades sociales en salud son definidas por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España como *aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente* (Solar e Irwin, 2010).

Establecer la relación entre el contexto social y la salud no es fácil por los múltiples factores que intervienen en ella, con sus dificultades conceptuales y metodológicas. Por este motivo, se han desarrollado diferentes modelos o marcos que han tratado de explicar los mecanismos causales de las desigualdades sociales en salud.

La mayoría se centran en la posición social como determinante de la salud, a través de factores intermedios: los factores materiales, relacionados con las condiciones de vida, de trabajo o el ambiente físico y social del lugar de residencia de las personas, se han propuesto como explicación a las desigualdades sociales en salud poniendo de relieve la importancia de las

políticas públicas (Borrell y Artázcoz, 2008; Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2012; Segura del Pozo, 2014).

Otros autores defienden que han de considerarse además los factores psicosociales, asociando el estrés derivado de vivir en contextos desfavorecidos con la vulnerabilidad del organismo a determinadas enfermedades (Evans et al., 1996; Martínez y Guevel, 2013; Pérez-Hernández et al. 2017). La insatisfacción, el sentimiento de inferioridad y la vergüenza de la dependencia institucional (Sennett, 2003) o la impotencia sentida por las personas en desventaja social debilitarían los lazos comunitarios de apoyo y la cohesión social, factores destacados por muchos autores como protectores de la salud (Durkheim, 1897; Cassel, 1974; Cobb, 1976; Putnam, 1993; Wilkinson y Marmot, 2003; Wilkinson y Pickett, 2009).

Los planteamientos desarrollados por las diferentes teorías pueden resultar complementarios para la mejor comprensión de las causas de las desigualdades sociales en salud. Tratando de elaborar marcos explicativos integradores de los determinantes sociales de la salud, Dahlgren y Whitehead (2006) desarrollaron un modelo, mostrado en la Figura 1, ampliamente difundido e influyente, que representa en forma de estratos el papel de los diferentes factores:



Figura 1. Modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead, 2006

Este modelo propició el posterior desarrollo de varios más complejos que incluyen otros determinantes como el género o el contexto socioeconómico y político; es decir, factores que afectan de forma importante a la estructura social y a la distribución de poder y recursos dentro de ella.

El marco conceptual propuesto por Solar e Irwin (2010) y Vicente Navarro (2004) para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se resume en la Figura 2, centra la explicación de las desigualdades en salud en los determinantes estructurales y en los determinantes intermedios de la salud. Las políticas macroeconómicas y sociales (fiscales, laborales, políticas públicas de educación, salud, atención social) y los valores sociales y culturales que las sustentan, determinan la posición social de las personas y, con ello, las oportunidades de salud que pueden alcanzar. Esa estructura social resulta en desigualdades en los factores intermedios: condiciones de empleo y trabajo, nivel de ingresos, calidad de la vivienda, características del barrio de residencia, etc. Los recursos materiales influyen además en los procesos psicosociales como la falta de control, la carencia de apoyo social o situaciones de estrés, así como en las conductas relacionadas con la salud.

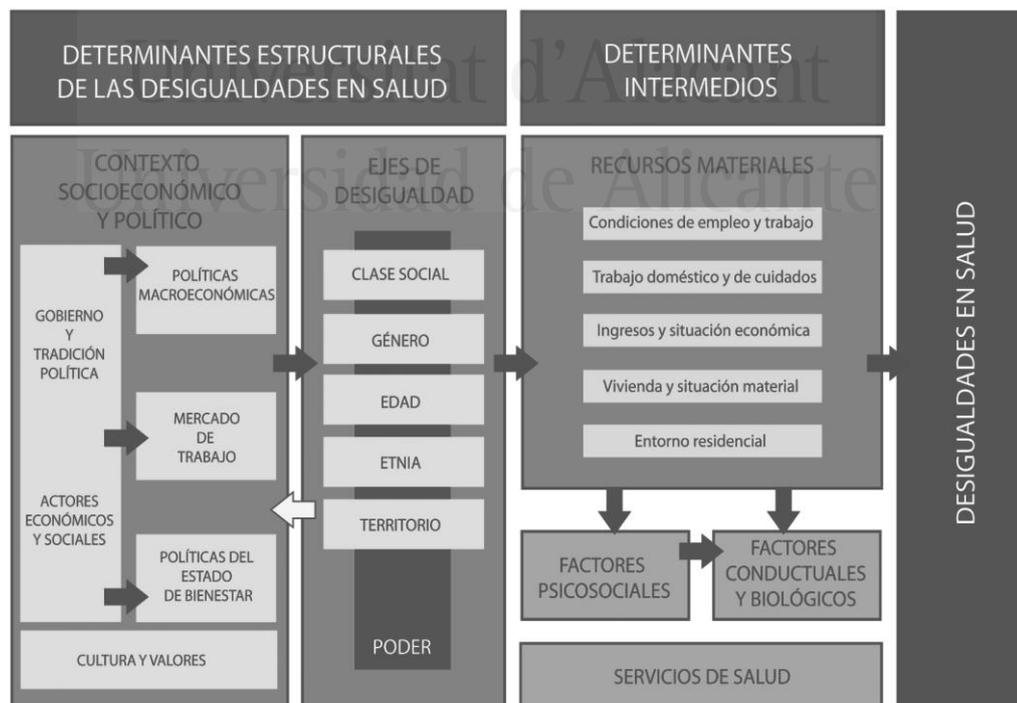


Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Fuente: Solar e Irwin y Navarro.

1.5. El papel de la atención primaria de salud

En la década de los 70, con el surgimiento de la Atención Primaria de Salud, la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) proclama la salud como derecho humano fundamental y meta social mundial. Con fuertes implicaciones sociopolíticas, proponía explícitamente la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo creara servicios de salud accesibles a toda la población, sino que afrontara las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud, promoviendo una distribución más justa de los recursos.

Aunque en la década de 1980 el predominio de ideologías y políticas neoliberales frenó el desarrollo de estos principios, la Organización Mundial de la Salud avanzó en las formas de mejorar la salud de la población planteando la promoción de la salud como herramienta fundamental.

En la Carta de Ottawa (OMS, 1986), documento histórico resultante de la 1ª Conferencia Internacional de Promoción de Salud, y en las sucesivas², se da un salto cualitativo al señalar que la acción del sistema sanitario debía reorientarse para desarrollar políticas públicas favorecedoras de la salud, crear entornos de vida saludables, fortalecer la acción comunitaria y trabajar para el desarrollo de las habilidades personales y el “*empoderamiento*” comunitario.

La Estrategia de Promoción de Salud, definida después en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, establece como objetivo principal conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud a través de la «Política de Salud para Todos para el siglo XXI» (OMS, 1998). Se plantean estrategias para el abordaje de los problemas de salud desde una mirada biopsicosocial proponiendo la orientación comunitaria de los servicios, la consideración de los determinantes sociales de la salud y dando un valor central a la promoción de salud y la educación para la salud desde la participación comunitaria activa y la coordinación intersectorial.

² La perspectiva de Ottawa se mantuvo en siguientes conferencias internacionales de Adelaida 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, México 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009, Helsinki 2013 y Shangai 2016. Acceso en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/es/>

Además de este nuevo paradigma, algunos cambios culturales y sociales más amplios asociados a la modernidad tardía (Giddens, 1993), como el aumento de la incertidumbre (Bauman, 2000) y la aparición de nuevos riesgos (Beck, 1998) o la creciente preocupación por el cuerpo y los estilos de vida, vinculados a la cultura de consumo que determina la vida cotidiana (Featherstone, 2000), han favorecido también el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud desde los gobiernos.

Existen evidencias de su eficacia (Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, UIPES, 2000), pero la promoción de salud también ha recibido críticas relacionadas con el controvertido concepto de “*empoderamiento*” o los intereses políticos para los que puede ser utilizada (Resende, 2008).

A pesar de que las actividades comunitarias y de promoción de salud constituyen las bases fundamentales de los planteamientos de la Atención Primaria de Salud, estas pasan a un segundo plano -o simplemente a no existir- en muchos equipos de atención primaria (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria- Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria- SEMFyC-PACAP, 2008) y suelen considerarse utópicas o ajenas a sus competencias. Apenas están consideradas dentro de la cartera de servicios tradicional ni, por tanto, se evalúa su eficiencia (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

La escasa asignación presupuestaria para la Atención Primaria y su distribución, dentro del actual modelo gerencialista de gestión de los servicios (Irigoyen, 2004), también favorece el distanciamiento de los profesionales de la salud colectiva y de sus determinantes sociales (Irigoyen, 2011). A estos factores se suma el escaso énfasis que dentro de la formación de los profesionales sanitarios se otorga a la orientación comunitaria de la atención a la salud, a su determinación sociocultural y, por tanto, a su abordaje transdisciplinar.

Sin embargo, muchos profesionales creen firmemente, casi cuarenta años después, que los valores centrales de la Declaración de Alma-Ata siguen siendo válidos si los sistemas de salud quieren responder a los desafíos de un mundo en transformación y encaminarse hacia la salud para todos (OMS, 2008; OMS, 2011).

La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, en su informe *Avanzando hacia la equidad* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), propone, dentro de las políticas e intervenciones desde el sector salud a las que debe concederse alta prioridad, *“aumentar los recursos y la orientación del sistema sanitario hacia la Atención Primaria de Salud. Avanzar asimismo en la orientación comunitaria de la atención primaria, reconociendo y fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria”*.

Realmente la Atención Primaria de Salud constituye una excelente oportunidad para acercarse a la población, a sus formas de vivir, y para el análisis de los factores que las determinan y, por ello, para trabajar en la reducción de las desigualdades sociales en salud a través de una promoción de salud emancipadora.

Es necesario que los servicios asistenciales aprendan a mirar la salud de otra forma (Benach y Muntaner, 2005), que permita enfrentar problemas de salud nuevos y cada vez más complejos. Es necesario también lograr cambios estructurales -desde las prácticas individuales de los trabajadores de salud hasta los servicios de salud mismos- (Hernansanz, Gervás y Clavería, 2012) para satisfacer las nuevas demandas y que las políticas de salud prioricen las acciones de promoción de la salud (Chapela, 2007).

1.6. Enfoque comunitario de las intervenciones para reducir las desigualdades en salud

Este trabajo doctoral defiende el enfoque comunitario en la intervención y en las políticas sociales; en clave de proximidad, accesibilidad, territorialización, que busca potenciar las sinergias entre intervención profesional y lazos familiares y comunitarios, trabajando de forma participativa, desde un enfoque intersectorial, para reconstruir los vínculos en el espacio microsocioal, *“... pero sin desatender el trabajo más macro, más estratégico, más político”* (Fantova, 2014).

Retomando los planteamientos de Alma-Ata, el enfoque comunitario permite a las y los profesionales de la salud la mejor comprensión sobre la manera de alcanzar -o mejorar- la salud en coordinación con la ciudadanía y otros agentes y

la manera en que la salud *“es una parte de una meta común y compartida con otros sectores que llamamos bienestar”* (Fantova, 2013).

La vulnerabilidad, generada por la desigualdad social, es un indicador de la necesidad de acciones integrales sobre un territorio, con intervenciones multidimensionales que incidan en su disminución.

En las últimas décadas surgen modelos transformadores que plantean el desarrollo de modelos de participación, con metodologías que utilizan estrategias y técnicas como la Investigación Acción Participativa o la Educación Popular (Melendro, 2012). Desde esta perspectiva participativa se han desarrollado en España proyectos impulsados por administraciones públicas y entidades sociales diversas con resultados positivos (Úcar et al., 2008; Oña, 2011; Santibáñez y Martínez, 2013).

La participación comunitaria es considerada como una estrategia fundamental para la mejora de la salud (Gobierno del Principado de Asturias, 2011; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) y para reparar los lazos de cooperación, recuperar la cohesión social y los vínculos comunitarios (Cassel, 1974; Cobb, 1976), involucrando a los diferentes actores de una comunidad (Marchioni, 2014).

Los problemas del mundo globalizado nos hace interdependientes de modo que no es posible afrontar los desafíos vitales individualmente, sino de forma colectiva; desde una perspectiva de comunidad entendida como corresponsabilidad y compartición de opiniones y esfuerzos entre los diferentes para conseguir la igualdad de derechos (Bauman, 2003) y la igualdad de oportunidades para alcanzar la mejor salud posible.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD TEMÁTICA Y CONTEXTUALIZACIÓN

2.1. Intervención sociocomunitaria en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas

El barrio en el que se centra esta tesis, Las Remudas, en Telde, isla de Gran Canaria (España), se construyó a finales de los 70 dentro de las políticas de vivienda franquistas para responder a la demanda generada por el crecimiento

poblacional, la migración de la población rural hacia la ciudad y, en general, por las familias de rentas bajas. Aislado territorialmente, obligó a cohabitar en sus 1.152 viviendas a adjudicatarios de perfil heterogéneo: repatriados del Sáhara, familias, la mayoría numerosas, expropiadas a partir de las medidas de erradicación de infraviviendas de la capital, Las Palmas de Gran Canaria, o zonas rurales y, en general, con un nivel socioeconómico y de instrucción bajo. Su maduración como comunidad ha sido lenta y difícil por el cúmulo de desventajas que han tendido a reproducirse, agravadas por los problemas derivados de la venta y consumo de drogas, presentes desde los comienzos.

Estas características se relacionan con las evaluaciones y estudios sociológicos realizados en relación con la promoción pública de viviendas dentro de las políticas urbanas de la época (Alguacil, 1995; Villasante et al., 1989; Barreiro, 2002; Armengol, González y Hernández, 2003; Sempere y Cutillas, 2009) entre cuyas conclusiones destacan la coincidencia de: elevada conflictividad interna y externa de los nuevos barrios de realojamiento debido a las diferencias organizativas de las comunidades; la desaparición de espacios públicos que eran escenarios de una intensa vida comunitaria en los barrios precedentes; la fractura social provocada por adjudicaciones realizadas sin tener en cuenta las relaciones previas de vecindad o el predominio del régimen de propiedad sobre el de alquiler que dio lugar a ventas y traspasos ilícitos que exigieron gran esfuerzo económico para muchas de las familias realojadas.

Estas políticas habitacionales son consideradas por Pierre Bourdieu (1999) como una verdadera *construcción política del espacio* y este autor señala la responsabilidad del Estado en la problemática que se observa en los barrios pobres. La construcción de *grupos homogéneos con fundamento espacial* reforzaría, según Bourdieu, las desventajas de partida de sus habitantes, con un efecto de arrastre hacia abajo que invita a *huir* del barrio a quien se lo puede permitir.

De acuerdo con Wacquant (2013), lejos de considerarlo como una acumulación de “patologías”, sin analizarlo en términos de “desorden, carencia o caos”, en este trabajo doctoral se reconoce al barrio de Las Remudas no con una

estructura socialmente desorganizada, sino con una organización acorde a sus limitaciones estructurales: constante presión generada por la necesidad económica, la privación material y la falta de oportunidades, inseguridad física y social, debilitamiento de las organizaciones locales y estigmatización territorial. La persistente desigualdad social que han padecido los vecinos y vecinas de Las Remudas, especialmente sus jóvenes, socializados en este difícil entorno, ha condicionado históricamente sus posibilidades de alcanzar una vida plena y saludable.

La intervención sociocomunitaria en la que se centra este estudio se empieza a desarrollar en el año 2000 a instancias de la Dirección General de Juventud del Gobierno de Canarias. Se pretende abordar lo que en ese momento se percibía como un importante problema social: la llamada “violencia juvenil” que, a finales de los 90, junto al absentismo escolar, el abandono temprano de la escuela, el aumento de los embarazos en adolescentes o la delincuencia en menores, ocupa el interés público y plantea la necesidad de nuevas políticas sociales y formas de intervención social.

En 2001, el programa “El Patio”³ lleva a cabo una investigación participativa que recoge las opiniones de familias, profesionales del ámbito educativo y social y de representantes de la administración, relacionada con esta “violencia juvenil” y con el objetivo de afrontar la problemática de forma integral, considerando su multicausalidad.

Finalmente se presenta una propuesta de intervención sociocomunitaria innovadora, que se aborda no tanto desde la búsqueda inmediata de soluciones como de iniciar procesos socioeducativos, integrales, flexibles y abiertos; con vocación transformadora, que considera fundamental la implicación comunitaria para mejorar la salud y la calidad de vida local (Santana et al., 2009).

³ El programa se gesta desde la Fundación Canaria de la Juventud IDEO, entidad sin ánimo de lucro habilitada en 2001 por la Dirección General del Menor y la Familia como entidad colaboradora de atención integral a menores y jóvenes de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Planteado no como un proyecto sino como un proceso a largo plazo, se considera condición indispensable trabajar con ciudadanía, técnicos y profesionales de diferentes sectores y administraciones para favorecer su sostenibilidad.

El barrio de Las Remudas es uno de los tres territorios seleccionados para poner en marcha esta experiencia-piloto (dos más en la isla de Lanzarote).

Entre 2003 y 2013 se trabaja en dos líneas de acción diferenciadas, pero complementarias: el trabajo más específico (Figura 3) en los centros educativos y en la calle, con los niños, jóvenes y sus familias -siguiendo las bases metodológicas de la educación de calle (Giraldi et al., 2008)- y buscando motivar para la acción y el cambio y, por otra parte, la intervención comunitaria propiamente dicha que se trabaja de forma transversal.

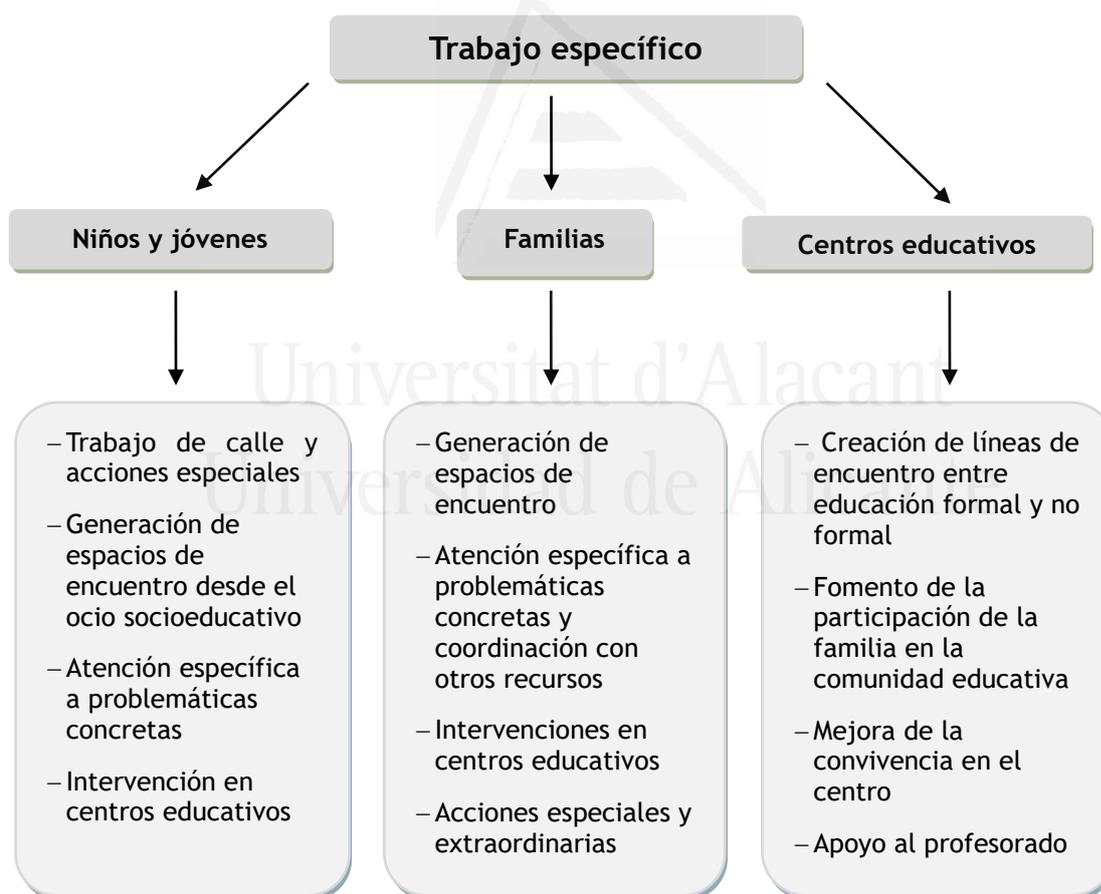


Figura 3. Esquema del trabajo específico con niños y jóvenes del programa “El Patio”

Con base en las propuestas metodológicas de Marco Marchioni (2002), la intervención sociocomunitaria incluye tres grandes áreas: procesos de

coordinación de recursos técnicos, estudio, documentación e información de la comunidad y promoción de la participación existente y promoción de nueva participación (Figura 4).

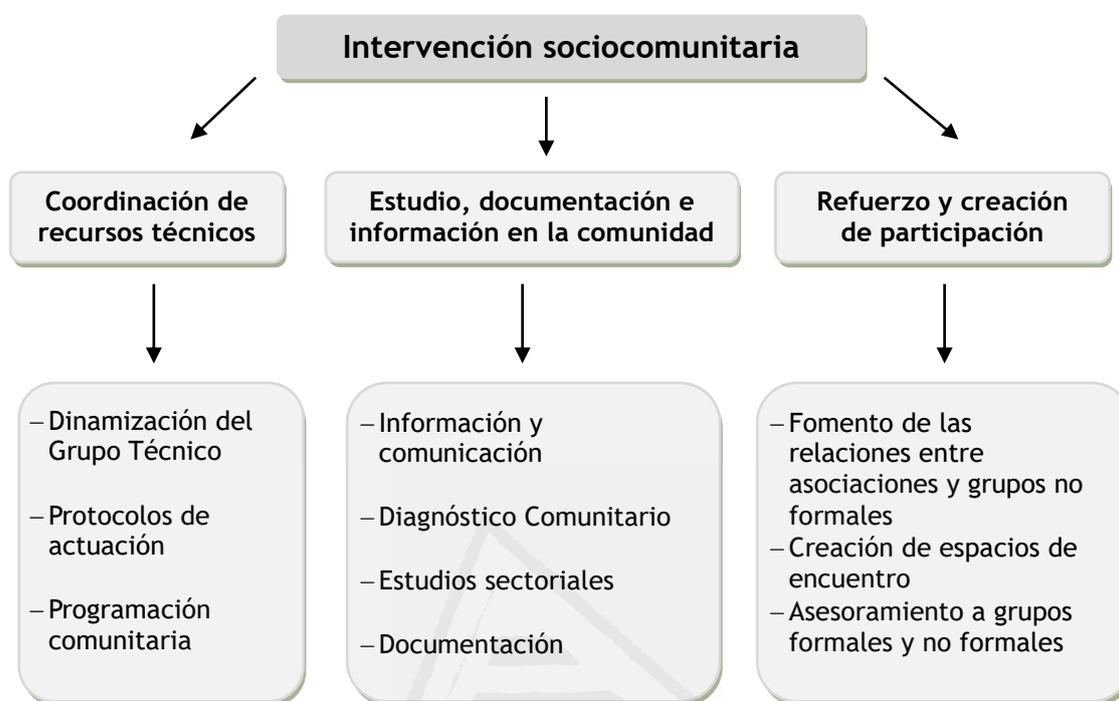


Figura 4. Esquema de las áreas de trabajo de la intervención sociocomunitaria
Fuente: elaboración propia

La propuesta de “El Patio” es presentada a los técnicos y profesionales que trabajan en Las Remudas, proponiéndoles nuevas formas de intervención coordinada para generar respuestas reales, colectivas e intentar superar aquellas asistencialistas que, sin visión preventiva o promocional, solo actúan sobre las consecuencias.

Su planteamiento fue muy bien acogido ya que la mayoría de ellos se encontraban desbordados, dentro de sus respectivos sectores de intervención, por las problemáticas del barrio y su reflejo en los centros de trabajo y sentían la necesidad de coordinación y apoyo de los demás.

En 2005 el ya consolidado Grupo Técnico de Coordinación, que reúne a estos profesionales y técnicos que trabajan con el barrio, propone profundizar en el conocimiento de la realidad del territorio, desde una perspectiva integral, global, a través de un Diagnóstico Comunitario.

Esta investigación participativa, que se extendió a lo largo de más de un año, recogió las opiniones de ciudadanía, profesionales y administraciones relacionadas con el barrio, así como la información cuantitativa existente sobre la zona. La investigación fue realizada por los propios integrantes del Grupo Técnico y supuso un punto de inflexión en las relaciones con la comunidad, especialmente con la ciudadanía del barrio: eran los profesionales los que se acercaban a los vecinos y vecinas para interesarse por su visión.

Tras la elaboración del informe de resultados, se publica un libro -“*Dos barrios hablan*” (Santana et al., 2005)- con los contenidos que, entre profesionales y vecinos organizados, se distribuye a todas las familias del barrio. Tras dejar unos meses para su lectura y reflexión, se convoca una Jornada Comunitaria para el debate y la consecuente priorización de necesidades.

En 2006 se consensúa una programación que propone líneas de acción, a desarrollar a medio y a largo plazo, dirigidas a favorecer hábitos de vida saludables y mejorar la calidad de vida comunitaria, cuyo desarrollo compromete a los participantes en el diagnóstico: ciudadanía, técnicos y administraciones, cada uno en su papel (Marchioni, 1999).

Esta programación comunitaria se ha venido desarrollando desde entonces hasta la actualidad. La figura 5 resume el proceso descrito:



Figura 5. Esquema del proceso sociocomunitario de Las Remudas 2003-2013
Fuente: elaboración propia

Son dos aspectos de esta intervención en los que este trabajo doctoral pretende ahondar: las acciones desarrolladas para la mejora del entorno, como determinante clave de la salud, y la intervención integral con los jóvenes. Ambos son objeto de estudio e investigación en los trabajos presentados en esta tesis.

2.2. El entorno como determinante de la salud: “Nuestro código postal es más poderoso que nuestro código genético cuando se trata de nuestra salud”⁴

La Organización Mundial de la Salud define los entornos que apoyan la salud como aquellos que *ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento* (OMS, 1991).

Desde esta perspectiva, pensar en el entorno es pensar en el barrio como ámbito comunitario por excelencia, espacio de acciones e interrelaciones personales y formador de *habitus* (Bourdieu, 1979; 1999), entendiendo éste como el producido por los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia, a partir de las cuales los sujetos producen sus prácticas. El espacio habitado, en especial el hogar familiar, tiene un peso fundamental porque es donde se interiorizan estructuras a partir de las que los individuos producen sus pensamientos y sus “*elecciones*”. Pero para Bourdieu, el *habitus* es el principio no elegido, ni está determinado: es una disposición, que se puede reactivar en conjuntos de relaciones distintos y dar lugar a un abanico de prácticas distintas (Martín Criado, 2009).

El barrio se contempla también como espacio para *habitar*, proveedor de un lugar en el que *vivir*, en el que permanecer seguro y libre relacionándose positivamente con el entorno (Heidegger, 1994; Martínez Cía y Ruiz-Callado, 2015).

⁴ Robert Wood Johnson Foundation. Health Care’s Blind Side. The overlooked connection between social needs and good health. Disponible en: <http://bit.ly/WIQWpb>. Consultado el 26 de junio de 2017.

Desde el urbanismo crítico, Henry Lefebvre (1978) defiende el derecho a vivir en territorios propiciadores de convivencia, en los que el espacio y los equipamientos públicos deben ser factores de desarrollo colectivo e individual. Este autor defiende el derecho de todos los ciudadanos a disfrutar de un entorno seguro que favorezca el progreso personal, la cohesión social y la identidad, equiparando *el derecho a la ciudad* con el derecho a la libertad, el trabajo o la salud.

En el acceso a este entorno protector y favorecedor de la salud se reflejan también las desigualdades sociales (Urbanos, 2012). Las personas con mayores niveles de pobreza siempre han accedido a zonas urbanas condicionadas por los precios del suelo (Burgess, 1925; Duhau, 2013); son agrupadas en polígonos de viviendas sociales, de peor calidad, sin posibilidades de elección y territorialmente aislados.

Esta segregación espacial concentra en muchos barrios desventajas estructurales que generan entornos poco saludables y, por tanto, inequidades en salud. Son territorios vulnerables no tanto por la existencia de una situación crítica constatada actualmente, sino por la de unas determinadas condiciones de riesgo, desventaja, incertidumbre, a las que se suma una capacidad disminuida para defenderse de ellas y hacer frente a sus consecuencias negativas (Organización de las Naciones Unidas, 2003); una especie de “jaula de hierro” (Bauman, 2003) donde la esperanza de movilidad social ascendente, de progreso socioeconómico o de estatus, es contemplada como muy difícil de alcanzar (Alguacil et al., 2014); zonas donde concurren la precariedad laboral y la fragilidad de los soportes sociales situando a sus habitantes en la antesala de la exclusión (Castel, 1995).

Los estudios ecológicos de los sociólogos de Chicago (Halbwachs, 2004, Park, 1999; Wirth, 1927) situaban a los pobres en los distritos más degradados de la ciudad; *ghettos* donde se concentran las desventajas socioeconómicas, enfermedades, familias rotas y que, en medio de la desorganización social, coexisten con las mayores tasas de delincuencia. Trataron de explicar su relación con el desmoronamiento de los vínculos comunitarios, la pobreza o la educación

y de entender los mecanismos de transmisión y aprendizaje de algunas conductas asociales.

Los barrios definidos, bajo estos criterios, como “vulnerables” son considerados por Loïc Wacquant (2009) producto de la “marginalidad avanzada”. Amplía la catalogación de Goffman (1963) sobre los estigmas -como “diferenciaciones basadas en el desprestigio”- con el estigma territorial; una “*mancha de lugar*” que se sobrepone al estigma de la pobreza y a los que a menudo se identifica como “*infiernos urbanos donde la violencia, el vicio o el abandono*” son la norma.

En este sentido, Mike Davis (2001) habla de un nuevo factor determinante de las dinámicas urbanas en sus estudios sobre la ciudad de Los Ángeles (EE.UU.).

A los determinantes ecológicos de Burgess -ingresos, valor del suelo, clase y raza- añade el miedo; miedo a esos *barrios de contención, ... concebidos para mantener en cuarentena determinados problemas sociales* -en alusión a drogas, delincuencia, inseguridad ciudadana- *que comportan riesgo de epidemia....* Un miedo utilizado como instrumento político y herramienta de poder para establecer y justificar la segregación espacial, la segregación de clase y la vigilancia policial de los espacios, a la que los jóvenes suelen quedar especialmente expuestos (Kessler, 2013).

De acuerdo con la visión de Davis, la estigmatización territorial agrava problemas y privaciones preexistentes impactando en el capital social y comunitario y en el capital simbólico (Bourdieu, 1999; Kessler, 2012; Bayón, 2012) produciendo, con ello, inequidades en salud. Aunque su influencia en la distribución de oportunidades y en otras muchas áreas de la vida de las personas es relevante, el estigma territorial no está suficientemente reconocido (Link y Phelan, 2001).

El llamamiento de la conferencia de Sundsvalls (OMS, 1991) para crear ambientes favorables para la salud propone incorporar esta dimensión territorial en las estrategias de promoción de salud y supone asumir que el proceso de socialización en determinado entorno incide en los comportamientos y, por tanto, en la salud. Cuando se trata de barrios pobres o marginales, supone intervenir sobre una de las causas sociales de las desigualdades en salud

(Kawachi, I y Berkman, LB, 2001; Sabatini, 2002; Borrell y Pasarín, 2004; Borrell et al., 2012; Bayón, 2012).

Conscientes de los efectos que el entorno tiene en el barrio de Las Remudas, la programación comunitaria, anteriormente descrita, plantea una de sus líneas de acción en este sentido: pretende la mejora del entorno con acciones participativas que favorezcan el encuentro comunitario, potencien el sentimiento de identidad positiva y el respeto a los espacios comunes, embelleciéndolos, acondicionándolos, para que resulten favorecedores de hábitos de vida saludables. Las acciones desarrolladas dentro de esta línea de acción, sus resultados y la percepción vecinal de la transformación vivida son objeto de interés e investigación de uno de los estudios presentados en este trabajo doctoral.

2.3. Jóvenes y vulnerabilidad social

La juventud, generalmente, se relaciona con un periodo de la vida en el que ocurren importantes cambios físicos y psicológicos, pero también sociales: se abandona la infancia para entrar en el mundo adulto. La etapa juvenil representa un periodo de transición, lleno de vivencias y decisiones, que enlazarán directamente en la vida adulta con el patrón iniciado y moldeado durante esta etapa de la vida (Pasqualini y Llorens, 2010).

Cuando se trata de jóvenes en situación de vulnerabilidad social, es sabido que con frecuencia siguen trayectorias desestructuradas o precarias (Bendit y Stokes, 2006; Saraví, 2009) que les colocan en desventaja, entre la incertidumbre y la inestabilidad, a la hora de disfrutar de una vida en plenitud de su salud y con escasas posibilidades de planificar su futuro (Brunet, Pizzi y Valls, 2013; Brunet y Pizzi, 2013; FOESSA, 2014).

La literatura sociológica reciente sobre la juventud se enfoca en la perspectiva biográfica y en los conceptos de itinerarios y trayectorias (Casal et al., 2011). Las trayectorias de los jóvenes son algo más que historias vitales personales; también son un reflejo de las estructuras y los procesos sociales (Dávila, 2005), de modo que no todos los jóvenes recorren este tramo de la misma forma. El

rumbo de sus trayectorias está condicionado por factores que pueden favorecer o dificultar su transición a la vida adulta y que están vinculados a las desigualdades sociales. De los apoyos y recursos con los que cuenten, de las oportunidades que se les brinden para ampliar su *haz de trayectorias*, su *campo de los posibles* (Bourdieu, 1979), especialmente desde su entorno social cercano, dependerá la salida o no de trayectorias excluyentes y la orientación o no hacia una vida plena y saludable (Parrilla, 2010).

De nuevo, en concordancia con el marco teórico expuesto en las anteriores páginas, la posición social de la familia se erige como factor de gran impacto en la salud de la infancia y la juventud (Rajmil y Starfield, 2010) y en el afianzamiento de sus hábitos de vida, hasta el punto de que estudios recientes reflexionan sobre si se heredan las desigualdades en salud (González-Rábago y Martín, 2016).

Del mismo modo, recientes recomendaciones para las políticas de salud de la Organización Mundial de la Salud, en su propuesta *Health 2020* (OMS, 2013) resaltan la importancia de esta perspectiva del ciclo vital, con estrategias capaces de reconocer que la salud y la enfermedad de los adultos están arraigadas en la salud y las experiencias en etapas anteriores del curso de la vida.

Por todo lo expuesto, resulta de interés en esta tesis doctoral destacar la experiencia de trabajo comunitario específico con los jóvenes y sus familias y en los centros educativos del barrio de Las Remudas.

Conscientes de la multicausalidad de los problemas en el territorio y de la especial vulnerabilidad de sus jóvenes, se trata de generar procesos socioeducativos, participativos, integrales y abiertos, con carácter preventivo y promocional, desde la relación y el encuentro, desde los centros educativos y la calle. Se pretende profundizar en procesos de trabajo con niños, niñas y jóvenes en el ámbito de la comunidad aportando desde la acción-reflexión elementos metodológicos, organizativos y estratégicos que profundicen en la investigación y el desarrollo de nuevas formas de intervención social (Santana et al., 2009),

orientadas a la mejora de la calidad de vida comunitaria y a la minimización de las desigualdades sociales que favorezca una transición saludable a sus jóvenes.

El segundo estudio indaga sobre la posible influencia que la intervención haya podido tener en las trayectorias de vida de los jóvenes del barrio así como sobre la visión sobre ello de algunos de sus familiares y de profesionales participantes en el proceso.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar las estrategias y acciones desarrolladas dentro del proceso de intervención sociocomunitaria en el barrio de Las Remudas (Telde, Islas Canarias, España) para la mejora de la salud y la calidad de vida.

Objetivos específicos

1. Identificar, a través de las reflexiones de los participantes, las transformaciones vividas por los vecinos y vecinas en el entorno urbano y social del barrio y la influencia que la intervención haya podido tener en el devenir comunitario.
2. Conocer la experiencia biográfica de los jóvenes del barrio de Las Remudas e indagar a propósito de la influencia de la intervención sociocomunitaria haya podido tener en sus trayectorias de vida.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4.- HIPÓTESIS

- El desarrollo de estrategias preventivas e integradoras vinculadas con el entorno, especialmente en barrios en desventaja social, pueden lograr el fortalecimiento de la cohesión social y reducir los efectos de las desigualdades sociales en salud promoviendo ambientes más saludables.
- La revitalización, recuperación y embellecimiento de los espacios comunes, con la presencia de gente en eventos callejeros, puede favorecer la disminución de la delincuencia y favorecer la percepción de seguridad ciudadana y, con ello, reducir las consecuencias derivadas del estigma territorial.
- Los jóvenes que crecen en entornos vulnerables, con frágiles soportes de proximidad, pueden beneficiarse de procesos de intervención sociocomunitaria participativos que les ofrezcan oportunidades y experiencias vitales positivas.

5. RESUMEN DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

OBJETIVO

Describir las acciones y estrategias de promoción de la salud desarrolladas dentro de un proceso de intervención sociocomunitaria para la mejora de la salud y la calidad de vida en un barrio vulnerable de Gran Canaria -Las Remudas- entre 2002 y 2012, e indagar sobre la vivencia de las transformaciones vividas por sus vecinos, en especial por sus jóvenes, y por algunos de los profesionales y técnicos del barrio.

METODOLOGÍA

Estudio 1

Promoción de la salud para la generación de entornos saludables en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas, Gran Canaria.

Se construye un estudio de caso a partir de diferentes fuentes de información: se llevó a cabo una amplia revisión documental relacionada con el proceso de intervención (2002-2012); informes urbanísticos e indicadores sociodemográficos y publicaciones relacionadas con el barrio en el archivo de prensa digital de Canarias, *Jable*, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, desde 1978 hasta la actualidad.

La observación participante y las entrevistas semiestructuradas a informantes clave complementaron la recogida de información. La selección de los informantes fue intencional, buscando personas que vivieran en el barrio desde su construcción -sin interrupción, al menos, durante el periodo de estudio-, entre ellos dos presidentes de las asociaciones de vecinos más activas históricamente. En la entrevistas se les invitaba a identificar momentos clave en la evolución del barrio y las acciones realizadas para la mejora del entorno, tratando de poner de relieve lo que la propia comunidad ha protagonizado para mejorar su calidad de vida.

La información recogida (grabada en audio, previo consentimiento) se transcribió y analizó manualmente: codificación preliminar, agrupación en

categorías, relaciones entre sí y con el marco teórico del estudio, hasta la comprensión de lo descrito por los informantes.

Resultados

Las personas entrevistadas reconocen la positiva transformación del barrio durante los años de la intervención; no solo en relación con los aspectos urbanísticos, sino con el refuerzo de la cohesión social y con un renovado sentimiento de pertenencia, reflexionando además sobre la importancia de su participación activa en ello.

La apertura de nuevos comercios o la disminución de la criminalidad son indicadores objetivos de esta mejora.

Los resultados refuerzan la evidencia ya existente sobre el impacto del entorno en la salud y sobre la relevancia de desarrollar planes locales participativos para la mejora de la calidad de vida comunitaria, que incluyan acciones de promoción de la salud dirigidas a reducir las desigualdades y a favorecer la creación de entornos saludables, especialmente en barrios con mayor vulnerabilidad y carencias socioeconómicas.

Estudio 2

Transición a la edad adulta en jóvenes vulnerables. Efectos de una intervención sociocomunitaria en el barrio de Las Remudas, Gran Canaria, España.

Desde una perspectiva cualitativa, a través de la observación participante, entrevistas semiestructuradas y análisis documental, se indaga sobre la experiencia biográfica de los jóvenes del barrio y sobre la influencia que la intervención sociocomunitaria haya podido tener en sus trayectorias de vida. Se entrevistó a ocho jóvenes (cuatro hombres y cuatro mujeres) que en el momento de iniciarse el proyecto socio-comunitario tenían entre 12 y 18 años (durante el estudio, en 2015, entre 24 y 31 años), a cinco vecinos, tres profesores de educación secundaria de los centros de referencia del barrio, al responsable del programa El Patio (impulsor del proceso de intervención/participación comunitaria) y a tres de los educadores sociales que trabajaron en el territorio en diferentes etapas del proceso; a un criminólogo responsable de un programa

de menores con medidas judiciales llevado a cabo entre 2006 y 2008 y a una enfermera trabajadora del centro de salud de Las Remudas desde 1993 y participante en el proceso desde su inicio hasta la actualidad.

Entre los jóvenes se trataba de explorar las vivencias de su infancia y adolescencia en el barrio; momentos clave, identificados por ellos o no, que hubieran podido tener consecuencias en sus vidas o identidades; la vivencia de la intervención sociocomunitaria y su posible influencia en sus trayectorias vitales. En cuanto a los vecinos, se indagaba sobre la aceptabilidad y el grado de utilidad social percibido en relación con la intervención y, en cuanto a los técnicos y educadores, además, posibles propuestas para las políticas públicas.

Resultados

Los resultados muestran un relevante y positivo impacto sobre la cohesión social y la convivencia comunitaria. En el caso de los jóvenes, se reconoce el cambio de orientación de algunas trayectorias que apuntaban a la exclusión, con una clara mejora de su entorno relacional, de su autoestima y el desarrollo de habilidades sociales que han favorecido su transición a la edad adulta.

Se reconoce una mayor apertura del centro de salud al barrio -especialmente a los jóvenes-, a través de la enfermera comunitaria, el refuerzo de las acciones sanitarias de promoción de la salud a través del trabajo coordinado con otros recursos técnicos y, en general, la incorporación del enfoque comunitario de la atención dentro del equipo de atención primaria.

Se reafirma la apuesta por el replanteamiento de políticas públicas (de salud, de juventud) orientadas a las personas en su contexto, con metodologías flexibles, que aborden las situaciones problema desde una perspectiva integral, con carácter preventivo y promocional, a través de procesos de organización y participación comunitaria.

Conclusiones

Cuando se trata de barrios pobres, marginales, las desigualdades en salud se reflejan en el acceso a entornos protectores y favorecedores de la salud. Incorporar la dimensión territorial en las estrategias de promoción de la salud supone considerar que el proceso de socialización en un determinado entorno incide en los comportamientos y, por tanto, en la salud.

Los jóvenes que habitan estos barrios son especialmente vulnerables, de forma que sus itinerarios pueden orientarles hacia la exclusión. De los apoyos y recursos con los que cuenten, especialmente en su entorno social cercano, de las oportunidades que se les brinden, de las experiencias vitales positivas y de la vivencia de un entorno favorable, dependerá la orientación o no de sus trayectorias hacia una vida plena y saludable.

Los estudios aquí presentados son ejemplos reales de la aplicación de políticas sociales y de salud que apuestan por la participación comunitaria, dirigidas a población que habita territorios vulnerables. Sus resultados invitan a reflexionar sobre la eficacia de formas innovadoras de intervención a través de la organización y la participación comunitaria.

Para avanzar en la construcción colectiva entornos físicos y sociales que logren la reducción de riesgos y faciliten la adopción de estilos de vida saludables, se propone la orientación comunitaria de políticas públicas que faciliten el desarrollo de recursos, programas y acciones adaptadas a la realidad local, a través de procesos participativos que refuercen la cohesión social. Esto requiere del compromiso político, de la participación de los que habitan en ese entorno, para apropiarse y convertirse en protagonistas activos de su transformación, y de un abordaje interdisciplinario que comprometa a los diferentes sectores, elementos todos ellos esenciales para su sostenibilidad.

Palabras clave: Población, cambio social, salud, intervención sociocomunitaria, juventud, entornos saludables.

ABSTRACT

OBJECTIVE

To describe the actions and strategies for the promotion of health put into practice within a process of socio-community intervention for the improvement of health and quality of life in a vulnerable neighbourhood of the island of Gran Canaria -Las Remudas- between 2003 and 2013, and to enquire about the transformations experienced by its neighbours, specially the youth, and by some of the professionals and technicians working in the neighbourhood.

METHODOLOGY

Study 1

Health promotion for the creation of healthy environments in a vulnerable neighbourhood. The case of Las Remudas, Gran Canaria.

A case study was carried through based on different sources of information: an ample documental review related to the process of intervention (2002-2012); urban reports and socio-demographic indicators and publications related to the neighbourhood in the Press Digital Archive of the Canary Islands, *Jable*, from the University of Las Palmas de Gran Canaria, from 1978 to this day.

The participant observation and the semi-structured interviews to key informants completed the gathering of information. The selection of informants was intentional, looking for people that lived in the neighbourhood since it was built -uninterruptedly, at least, during the time of the study-, among them, two presidents of the historically most active neighbourhood associations. During the interviews, they were invited to identify key moments in the evolution of the neighbourhood and the actions taken to improve the environment, trying to emphasize what the community has protagonized to improve their quality of life. The information gathered (audio recorded) was transcribed and analyzed manually -preliminar codification, categorizing, relations with each other and with the theoretical framework of the study, until a complete understanding of what the informants described was reached.

Results

The people interviewed recognized the positive transformation of the neighbourhood during the years of the intervention; not only in relation to urban aspects but to the effort of social cohesion and with a renewed feeling of belonging, also reflecting about the importance of their active participation in it.

The opening of new businesses or the decrease of the criminality are objective indicators of the improvement.

The results reinforce the existing evidence about the impact that environment has on health and about the relevance of developing local participatory plans for the improvement of the community quality of life that include actions of health promotion, directed to reducing the inequalities and to favour the creation of healthy environments, specially in neighbourhoods with a larger vulnerability and socio-economic scarcity.

Study 2

Transition to adulthood in vulnerable youngsters. Impact of a socio-community intervention in the district of Las Remudas, Gran Canaria, Spain.

Research about the biographic experience of young people from Las Remudas neighbourhood and about the influence of the socio-community intervention in their life trajectories was done, from a qualitative perspective, through participant observation, semi-structured interviews and documentation analysis. Interviews were conducted to eight young people (four men and four women) that at the time the socio-community project started were between 12 and 18 years old (during the study, in 2015, between 24 and 31 years old), to five neighbours, to three secondary education teachers from the centres of reference of the neighbourhood, to the person responsible for the program *El Patio* (the promoter of the process of community intervention/participation) and to three of the community workers that worked in the area at different stages of the process; to a criminologist responsible for a program for minors with legal measures carried out between 2006 and 2008 and to a nurse, worker of the healthcare centre of Las Remudas since 1993 and a participant in the process from the beginning to this day. With the young people it was about exploring

their childhood and adolescence experiences in the neighbourhood; key moments, identified by them or not, that may have had consequences in their lives or identities; the experience of the socio-community intervention and its possible influence in their life trajectories.

As for the neighbours, it was centered on the acceptability and the social utility perceived in relation to the intervention; regarding the technicians and community workers, also possible proposals for public policies.

Results

The results show a relevant and positive impact on social cohesion and community coexistence. In the case of the young people, it is recognized the change of orientation of some trajectories that pointed to social exclusion, with a clear improvement of their relational environment, self-esteem and development of social skills that facilitated their transition to adulthood.

The opening of the healthcare centre to the neighbourhood -specially to young people-, through the community nurse, the strengthening of the health promotion actions and, in general, the community approach of care adopted within the primary healthcare team.

The bet on rethinking public policies (of health, of youth) oriented to people in their context, with flexible methodologies that address the issues from an integral perspective, with precautionary and promotional nature, through community organization and participation processes.

Conclusion

For the poor neighbourhoods, vulnerable, the health inequalities are reflected on the access to protective and health promoting environments. To incorporate the territorial dimension into health promotion strategies means to consider that the process of socialization in a given environment affects the behaviours and, therefore, the health.

Young people growing in vulnerable contexts, result of the unequal distribution of resources and access to opportunities, see their life projects conditioned and their itineraries may orient them to exclusion. On the support and resources available to them, especially in their close social environment, on the

opportunities given to them, on the positive vital experiences and living in a favourable environment, will depend the orientation, or not, of their trajectories towards a full and healthy life.

The studies presented here are real examples of the execution of social and healthcare policies that support community participation, directed to population inhabiting vulnerable territories. Their results invite reflection on the efficacy of innovative ways of intervention through community organization and participation.

To progress in the collective construction of physical and social environments that achieve the reduction of risks and favour the adoption of healthy ways of life, a community approach to public policies that facilitates the development of resources, programs and actions adapted to the local reality through participatory processes that strengthen social cohesion is proposed. This requires political commitment, participation from the inhabitants of the environment to appropriate it and become active protagonists of its transformation, and an interdisciplinary approach that implicates the different sectors, all of them essential for its sustainability.

Key words: population, social change, health, socio-community intervention, youth, healthy environments.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.- RESUMEN GLOBAL DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Uno de los más destacables resultados de los estudios que forman parte de esta tesis doctoral es el referido a la mejora de la convivencia vecinal y el refuerzo de los lazos comunitarios a partir del proceso de intervención sociocomunitaria objeto de análisis.

En ambos estudios los relatos de los informantes muestran la enorme influencia que las difíciles condiciones sociales en los comienzos del barrio, en 1978, tuvieron sobre la vida comunitaria. Son conscientes de la influencia negativa que tuvo el agrupamiento en un mismo espacio de familias con graves problemas socioeconómicos y procedencias dispares y de cómo contribuyó a empeorar su precaria posición de partida.

El consumo y venta de drogas, coincidente con la época de máxima problemática con la heroína en todo el Estado, y los problemas de delincuencia e inseguridad asociados, tuvo un “efecto de arrastre hacia abajo” que favoreció la huida del barrio de quien podía hacerlo (Bourdieu, 1999) y que queda reflejada en las cifras censales del barrio en los últimos años (Figura 6): entre los años 2000 y 2013 más de mil personas abandonaron el barrio (Martínez Cía y Ruiz-Callado, 2015).

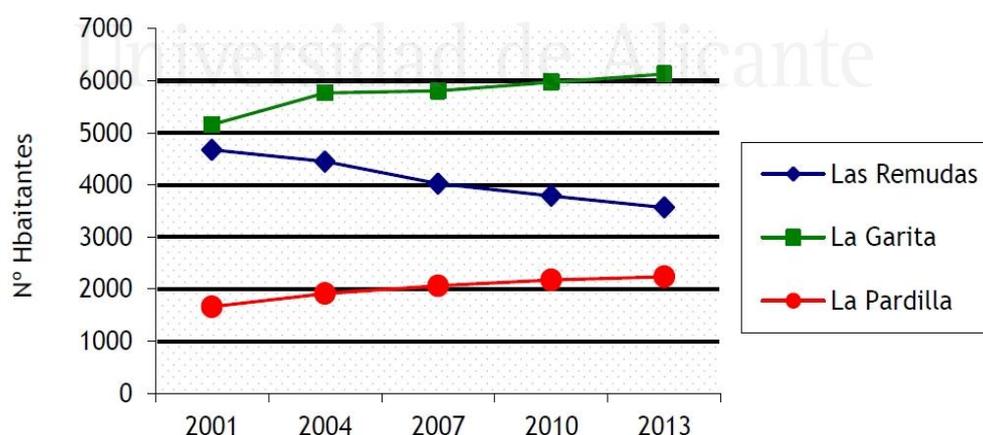


Figura 6. Comparativa de la evolución poblacional entre Las Remudas y los dos barrios colindantes 2001-2013

El descenso generalizado de la población joven, entre 2000 y 2012, fue mucho más marcado en Las Remudas. Como muestra la Figura 7 el barrio perdió en este

periodo a un 37,5% de sus jóvenes de entre 15 y 29 años (Ruiz-Callado y Martínez Cía, 2017).

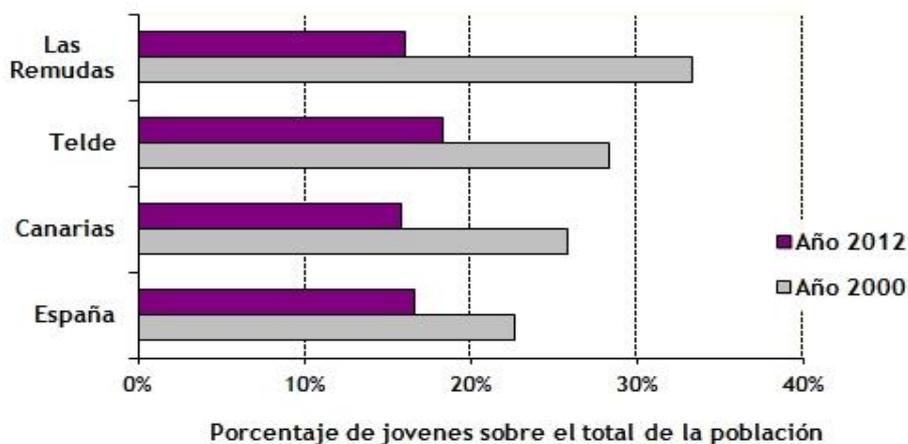


Figura 7. Comparativa evolución población joven 2000-2012
Fuente: elaboración propia.

Algunos informantes contemplan la venta y el consumo de estupefacientes como una válvula de escape ante las nulas expectativas de progreso social o como medio para obtener recursos para la subsistencia de sus familias.

El rechazo al ambiente de convivencia inicial es generalizado; reconocen su deterioro progresivo, el aislamiento en la esfera privada buscando protección para ellos o para sus hijos o para distanciarse -y con ello diferenciarse- de “los otros”; una lógica de la “*descalificación lateral*” (Wacquant, 2009) que erosionó gravemente los ya frágiles lazos de confianza y el sentimiento de lo común o de lo comunitario.

La invitación del Grupo Técnico de Coordinación, en 2004, para participar en el análisis de la realidad comunitaria y la propuesta de acciones participativas para mejorar la calidad de vida en el barrio fue bien acogida.

Las propuestas de acción conjunta planteadas tras el Diagnóstico Comunitario y desarrolladas en los años posteriores con el objetivo común de fomentar hábitos saludables y entornos favorecedores de la salud, son valoradas muy positivamente por los informantes.

ESTUDIO 1

Los espacios de encuentro generados en el barrio, en el parque, centro de actividades comunitarias diversas organizadas por “El Patio” y otros recursos, son reconocidos como la clave de las transformaciones vividas en cuanto a la mejora de las relaciones vecinales e intergeneracionales, a la recuperación de los espacios comunes y al sentimiento de eficacia colectiva.

La importante inversión en la rehabilitación urbanística integral (Tabla 1) o la decoración de edificios institucionales han sido acciones participativas de gran impacto. El Grupo Técnico de Coordinación planificó estrategias que permitieron la participación ciudadana en el proyecto de reforma con propuestas para las zonas comunes. Algunas, no previstas por la empresa municipal encargada, resultaron tan aceptables que se llevaron a cabo las modificaciones técnicas precisas. A pesar de la inicial reticencia de los responsables, fueron consideradas de enorme valor en su evaluación final de la rehabilitación y de la satisfacción ciudadana (FOMENTAS, 2011). Los informantes coinciden en señalar que su participación y la consideración de sus propuestas favorecen el posterior cuidado y respeto del entorno por parte del vecindario.

Tabla 1
Resumen de aportaciones en el coste de las actuaciones. A.R.I. (Área de Rehabilitación Integral) Las Remudas

ACTUACIÓN	COSTE
Rehabilitación edificación	5.137.688 €
Rehabilitación urbanización	240.000 €
Equipo de información y gestión	650.000 €
Inversión por vivienda (1.152 unidades)	5.232 €
Inversión total en el área de rehabilitación integral	6.027.688 €

Fuente: FOMENTAS (Empresa Municipal de Vivienda y Suelo de Telde), 2013.

Algunos premios nacionales recibidos a la labor comunitaria global, incluido el Premio Reina Sofía en 2008, sumados al cambio generado en el entorno urbano y social, tuvieron su repercusión positiva en los medios de comunicación, y con ello en su imagen exterior, diluyendo el estigma.

La constatable disminución de la delincuencia e inseguridad ciudadana- confirmada por el policía nacional entrevistado- o la apertura de doce nuevos comercios en el barrio y ocho más en la zona colindante, entre 2006 y 2013, son indicadores objetivos de ello.

Estos resultados apoyan las conclusiones del estudio de Fan y Chen (2012) que muestra asociaciones directas con el estado de salud general de los niños y asociaciones indirectas relacionadas con el funcionamiento familiar de tres factores: recursos físicos (parques, zonas de ocio, servicios comunitarios, etc.), factores de estrés o amenazas ambientales (vandalismo, criminalidad, deterioro urbanístico) y la eficacia colectiva (cohesión, confianza, capital social), siendo estos dos últimos los que presentan una asociación mucho más fuerte que los recursos físicos. En su estudio proponen que para la creación de “vecindarios promotores de salud”... “puede ser más eficiente para los planificadores urbanos y profesionales de la salud centrarse en programas comunitarios que reduzcan los estresores ambientales y fomenten la cohesión del vecindario que los programas que mejoran únicamente la infraestructura física”.

Existen múltiples experiencias similares en países latinoamericanos y en nuestro propio país; sirvan de ejemplo la experiencia del Plan Comunitario de Trinitat Nova, en Barcelona (Blanco, 2002) o del barrio Oliver, en Zaragoza, y el proyecto "Rehabitat" (Gobierno de Aragón, 2010), en los que también la participación comunitaria y la implicación intersectorial han tenido resultados que van más allá de la mejora del entorno físico.

Los resultados obtenidos en el primer estudio de esta tesis ponen en evidencia la importancia de desarrollar eventos y actividades participativas destinados a la mejora del entorno, a su embellecimiento, a través de prácticas colectivas que propician el encuentro en el espacio público (Bang, 2014) de todos los actores implicados.

Después diez años de trabajo comunitario, la transformación del entorno del barrio de Las Remudas es evidente para los que viven, trabajan o lo visitan. Se ha generado un proceso reflexivo sobre la importancia de proporcionar un entorno más seguro y saludable a las nuevas generaciones y sobre la necesidad

de ser parte activa en esa transformación. Se ha ido comprendiendo que la participación pone en marcha el cambio social y que la comunidad puede "... hacer su propio trabajo de reparación más que apoyarse en un reparador experto, un mediador" (Sennet, 2003).

ESTUDIO 2

En relación con el segundo estudio, la perspectiva sociológica de los itinerarios y trayectorias juveniles ha permitido interpretar y comprender mejor la repercusión de las desigualdades sociales y la estigmatización territorial sobre los jóvenes, a partir de sus visiones y experiencias subjetivas.

Qué dicen los jóvenes

Sus relatos coinciden en describir una infancia y adolescencia marcadas por episodios negativos, con problemas económicos en el hogar. En un entorno hostil, estigmatizado y con frágiles soportes de proximidad, habitaron en "esa frontera difusa", de "desafiliación" (Castel, 1997) que auguraba transiciones excluyentes.

La desigualdad de género queda patente en los testimonios de dos de las entrevistadas. Se da una temprana transmisión de autonomía, por necesidades de organización en el hogar o ausencias de cualquier referente adulto, limitada a las tareas del hogar, a diferencia de sus coetáneos varones; una de ellas habría de afrontar, además, una maternidad temprana que interrumpe los estudios y agrava los problemas económicos.

El trabajo socioeducativo desarrollado dentro del proceso de intervención sociocomunitaria es reconocido por los jóvenes entrevistados como un punto de inflexión en sus vidas. Es la única alternativa de ocio y encuentro juvenil que existe en el barrio y, además, por primera vez, alguien les escucha y les muestra empatía y respeto; ese respeto que Richard Sennet (2003) relaciona con la forma en que se trata al otro, íntimamente ligado a la desigualdad social y a sus consecuencias; sin dirigir, acompañando en la reflexión sobre cuestiones de su vida cotidiana e invitando al cuestionamiento crítico de sus determinantes.

Reconocen el importante apoyo personal recibido en momentos difíciles, pero también el aprendizaje en los espacios de participación con sus iguales creados por los educadores donde tratan de abordar conjuntamente los problemas: se resuelven conflictos a través del diálogo, fomentando el respeto y tolerancia hacia las diferencias.

La escucha de sus propuestas sobre actividades lúdicas y de ocio, la implicación en su organización y desarrollo, hacen que se sientan valorados, que se respetan sus opiniones y que se potencian sus capacidades. La convivencia en los campamentos organizados cada verano, alejados del barrio y de sus familias, son destacados por los jóvenes como uno de sus mejores recuerdos.

La mayoría de los jóvenes consideran lo vivido de gran influencia en su escala de valores y su visión del mundo, en la capacidad de empatía hacia los demás y en la forma de enfrentar las vicisitudes de su vida cotidiana.

Cinco de los ocho jóvenes entrevistados asistieron a una escuela-taller de animación sociocultural ofertada por los educadores que les permitió conseguir su primer empleo, precisamente como monitores con sus iguales o con niños pequeños del barrio en actividades como aquellas en las que ellos participaron.

Sus trayectorias, a partir de ahí, han sido dispares: cinco terminaron el bachillerato; de ellos, dos han cursado estudios universitarios y el resto ha continuado formación complementaria.

Los que hoy viven una situación socioeconómica más precaria son los que abandonaron la escuela pronto, forzados por la necesidad económica en su hogar o por una temprana maternidad. Alternan trabajos precarios, peor pagados, en el sector servicios, que sigue demandando mano de obra de baja cualificación en las Islas Canarias, a menudo en la economía sumergida, que no les permite independizarse. Solo una de los ocho jóvenes refiere tener un empleo estable que le permite vivir independientemente con el apoyo de su pareja.

La crisis económica les ha alcanzado arrancando su trayectoria laboral. Al paro estructural del barrio (según datos del Estudio transversal sobre la salud y hábitos de vida de la población de La Pardilla y Las Remudas 2012-2013 y Observatorio Canario de Empleo (OBECAN), en 2012: 64% en menores de 29 años

en Las Remudas; 60,3% en Canarias) se suma la situación de un mercado laboral que les genera, como a la mayoría de los jóvenes hoy, incertidumbre e inseguridad sobre su futuro y les instala en la precariedad, sean cual sean los logros académicos alcanzados.

Sus relatos reflejan personalidades positivas, con recursos para afrontar las dificultades que encuentran para alcanzar su autonomía económica y familiar o el logro de sus proyectos de vida.

Al preguntarles sobre cómo se imaginan dentro de diez años muestran el presentismo común a muchos jóvenes de hoy, pero al mismo tiempo hablan de proyectos e ilusiones: acceder a oposiciones para conseguir estabilidad y seguridad o para acceder a trabajos vocacionales, volver a estudiar algo que les gusta, emprender un negocio propio relacionado con su formación y vocación...

Cuatro de ellos tienen pareja estable, pero tener hijos parece entrar más en los planes de los varones que de las mujeres, que aplazan indefinidamente su maternidad; no es una prioridad en sus vidas. La única joven que tiene dos hijos, no tiene pareja en la actualidad.

Sus recursos económicos son limitados, pero, a diferencia del estudio de Brunet (2013) sobre los jóvenes pobres en España, no han construido una *identidad negativa* ni el *individualismo* es su seña de identidad. Son jóvenes sociables, que han aprendido el valor de la acción colectiva.

Reconocen que esta sociedad que invita al consumo sin discriminar capacidades adquisitivas es particularmente dura con ellos, pero que la intervención les ha ayudado a vivir más tranquilos, con menos frustraciones.

Son jóvenes resilientes, que no resignados.

Qué dicen los profesionales y los vecinos y vecinas

Las entrevistas de los educadores muestran la dureza de los primeros acercamientos a los jóvenes del barrio, el rechazo, las actitudes violentas y coinciden en afirmar que la clave para llegar a ellos fue la empatía y su

presencia continua en el barrio, en los centros educativos, en los espacios informales.

Iniciar la intervención con jóvenes y niños favoreció el acercamiento de las familias que reconocen el crecimiento personal de sus hijos, la mejora en el rendimiento escolar o en las relaciones familiares dentro del hogar y la mayor vinculación a los centros educativos.

El profesorado entrevistado reconoce la mejora de la convivencia en el centro educativo e incluso el acercamiento de jóvenes que en ese momento estaban fuera del sistema educativo.

Aunque les costó aceptar que podía trabajarse simultáneamente la educación formal con la no-formal, reconocen el cambio de actitud de muchos compañeros en las aulas, la mejora de la capacidad de trabajar en equipo del alumnado y de sus comportamientos en clase, considerando esto incluso más que la mejora de los resultados académicos.

En el año 2005, profesores y profesoras de la zona ya publicaron un trabajo en que describían la positiva experiencia de la intervención en los primeros años de presencia del programa “El Patio” en los centros educativos y en la calle (Vega et al., 2005).

También los vecinos entrevistados, y dos de los jóvenes, reconocen el cambio de rumbo de itinerarios que apuntaban problemas, incluso con la ley.

Los testimonios de los técnicos y profesionales destacan el Diagnóstico Comunitario como un momento clave del proceso. El estudio participativo de la realidad social generó un vínculo más cercano entre la gente y los profesionales, los cuales son, generalmente, percibidos como distantes por parte de la población.

Los informantes coinciden en señalar que el estudio comunitario ayudó a la mejor comprensión sobre la manera de alcanzar -o mejorar- la salud en coordinación con la ciudadanía y otros agentes y la manera en que la salud “es

una parte de una meta común y compartida con otros sectores...” (Fantova, 2014).

Desde el Equipo de Atención Primaria del centro de salud del barrio se destaca la mayor orientación comunitaria de sus intervenciones, reforzadas por el trabajo coordinado con otros sectores y disciplinas, y el renovado papel de la enfermería comunitaria dentro de una relación más cercana y directa con los vecinos, y en especial con sus jóvenes, que ha propiciado una mayor apertura del centro de salud al barrio.

Es destacable el logro de la flexibilización de espacios de trabajo, horarios y agendas de algunas de sus enfermeras para participar como recurso técnico en el proceso, que refuerzan la orientación comunitaria de su actividad, especialmente con los jóvenes y niños, y, con ello, la mayor accesibilidad a los profesionales sanitarios por parte de población.

Paralelamente, las actividades comunitarias organizadas en los espacios públicos construyen y re-construyen las relaciones vecinales y con los profesionales; las relaciones -nuevas- que establecen los jóvenes con otros padres, abuelos y adultos en los eventos comunitarios resultan para ellos una experiencia positiva y de aprendizaje.

Las transformaciones en el entorno urbano y la mayor seguridad en los espacios se suman creando conciencia de lo positivo de la cooperación y el trabajo colectivo y de lo enriquecedor de haberlo conseguido juntos (Sennett, 2012).

En definitiva, se puede afirmar que, en Las Remudas, han tenido gran influencia las interacciones dentro de una comunidad organizada, a través de una intervención socioeducativa, participativa, intersectorial y coordinada, que ha hecho posible multiplicar la capacidad educadora de los jóvenes a lo largo de su trayectoria vital en cualquiera de sus escenarios cotidianos. Coincidiendo con Parrilla et al. (2010), algunas trayectorias juveniles que se orientaban a la desestructuración y la precariedad, son susceptibles de variación si durante esa

etapa de transición disponen de oportunidades, de experiencias vitales positivas y de un entorno favorable.

Los recortes económicos que se inician en 2010 (Figura 8) provocan un gran desgaste en los pocos educadores que van quedando en el barrio. Los testimonios de todos los entrevistados coinciden en señalar que se exigieron en extremo, dedicando demasiadas horas a su trabajo y “descuidando la dinámica interna del equipo” (E3). Los educadores dejaron de trabajar en el barrio entre 2012 y 2013.

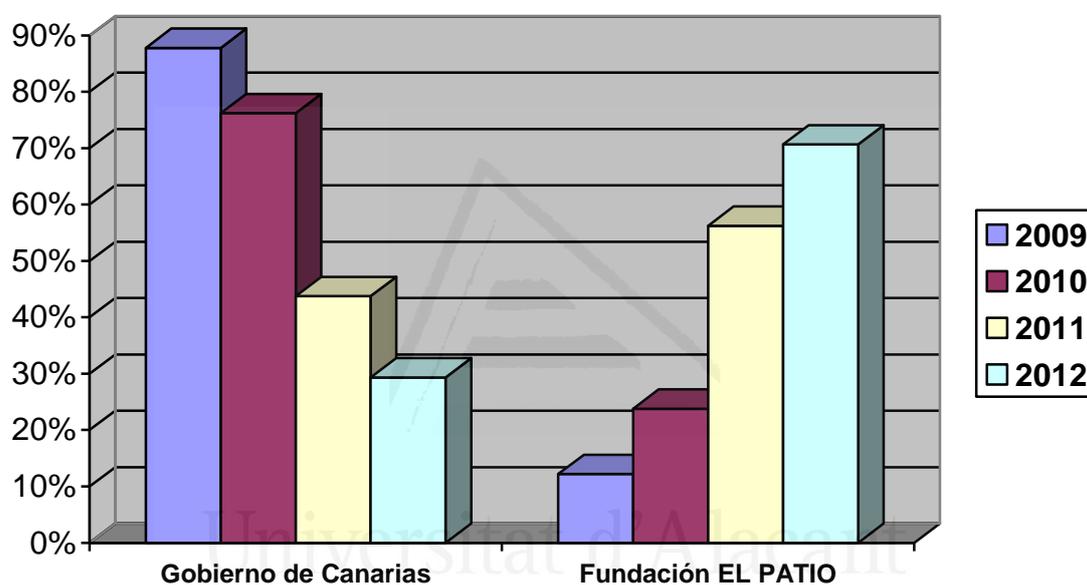


Figura 8. Evolución de las aportaciones económicas para el desarrollo del “Programa El Patio” en las dos zonas de Intervención (Las Remudas y Lanzarote) y el Equipo Central de 2009-2012. Fuente: Fundación Canaria El Patio

Los jóvenes, y todos los entrevistados, sienten que el barrio empieza a retroceder; lamentan que los adolescentes no tengan hoy la oportunidad que tuvieron ellos.

Conscientes de la importancia del entorno y de la capacidad preventiva, integradora e incluso terapéutica del ocio, algunos de los jóvenes entrevistados, junto a otros adolescentes y el apoyo de algunos adultos del barrio, han formalizado una asociación juvenil con la intención de retomar los encuentros entre iguales y de organizar actividades deportivas y de ocio.

Por otra parte, los profesionales del barrio siguen trabajando coordinadamente y dinamizando con gran esfuerzo algunas actividades comunitarias (como un huerto comunitario desde 2014); pero demandan a las administraciones local e insular apoyos que permitan la sostenibilidad del proceso, un equipo comunitario que atienda las necesidades que no cubren los servicios: desarrollo y fortalecimiento del tejido social y las tareas de organización de los recursos formales o institucionales que antes asumía “El Patio”.

Fortalezas y limitaciones

Una de las principales fortalezas de este trabajo doctoral, y de los trabajos de investigación que incluye, es la larga trayectoria de implementación del proyecto y la elección de informantes entre los que conocen o han participado en el proceso de intervención-sociocomunitaria desde sus inicios hasta hoy.

Si bien la autora de esta tesis y su largo recorrido profesional en el barrio -y la observación participante en los últimos diez años- pueden afectar a la objetividad del trabajo, también es cierto que la proximidad social y la horizontalidad de la relación establecida a lo largo de más de dos décadas de presencia activa en el barrio, especialmente con los jóvenes y la ciudadanía en general, han permitido mantener en las entrevistas una comunicación *no violenta* (Bourdieu, 1999) y superar la distancia social y cultural con los entrevistados. En opinión de Bourdieu, esto facilitaría *la franqueza social*, el *hablar claro*, sintiendo que existen experiencias compartidas que garantizan la buena disposición a comprender de la entrevistadora reforzando la credibilidad de la información recogida.

La extensa documentación -escrita y audiovisual- sobre el proceso revisada para los estudios también fortalece, en opinión de esta autora, la credibilidad de los resultados, pudiendo ilustrarse con ejemplos específicos.

La revisión de artículos de prensa desde 1978 hasta la actualidad -realizada a través *Jable*, archivo de prensa digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria- y el estudio sobre hábitos de salud de Las Remudas y La Pardilla de 2012-2013, han permitido valorar la evolución de la imagen del barrio en los

medios de comunicación y comparar algunos datos cuantitativos a nivel local, autonómico y nacional. También se han podido contrastar algunos testimonios de informantes recogidos en la parte cualitativa del Diagnóstico Comunitario de 2005 con los relatos actuales.

No tanto por afianzar la credibilidad, sino por la ética que subyace al propio proceso de intervención sociocomunitaria, los resultados se han confirmado -y compartido- con los informantes y debatido, de forma particular, con varios de los miembros del Grupo Técnico de Coordinación.

Una de las debilidades de este trabajo viene dada por la dificultad de recolectar información cuantitativa a nivel local. Dada la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida relacionada con el entorno socioeconómico se buscaron indicadores que reflejaran esta complejidad, pero la disponibilidad de datos estadísticos actualizados -incluidas fuentes de estadística municipal- para el análisis del caso a escala de barrio fue muy escasa. La diversidad en cuanto a calidad y cantidad de registros y la no coincidencia de ámbitos de actuación de los servicios comunitarios limitaron el análisis cuantitativo.

Especial dificultad se encontró en la búsqueda sobre datos de delincuencia en la zona. A pesar de contactar con la Delegación del Gobierno en Las Palmas de Gran Canaria y conseguir autorización telefónica del propio Ministerio del Interior para la entrevista en la Comisaría de la Policía Nacional de Telde, no se permitió el acceso a datos cuantitativos relacionados con el barrio de Las Remudas. Este parece ser un problema generalizado, en opinión de algunos autores (Aebi y Linde, 2010, Melián, 2012). La disminución de la delincuencia en el barrio se constata a través de los testimonios del agente de la policía nacional y el criminólogo entrevistados, además de por la propia vivencia de la investigadora.

La transferibilidad de los resultados de investigación puede determinarse a partir de experiencias similares que se citan en los trabajos presentados en esta tesis o en el desarrollo actual de un proceso comparable en un barrio próximo a

Las Remudas, de características socioeconómicas y problemática social semejantes⁵.

En el momento actual, el proceso comunitario pasa por una fase de recapitulación y evaluación, de actualización de la realidad comunitaria compartida, que oriente nuevas líneas de trabajo conforme a las necesidades actuales que se prioricen.

Este trabajo doctoral abre la posibilidad de avanzar hacia una investigación evaluativa rigurosa que analice el caso en toda su complejidad y facilite la comprensión de eventos, variables y resultados que posiblemente no se han considerado en esta tesis. Del mismo modo, se podría ampliar la evaluación del proceso recogiendo las opiniones de informantes que no se implicaron especialmente en el proceso.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

⁵ Puede verse información sobre la organización de recursos técnicos y el plan de rehabilitación integral del barrio de Jinámar, actualmente en marcha, en los siguientes enlaces:

<https://coordinadorecursos tecnicos jinamar.wordpress.com/about/>

<http://www.telde.es/open cms/open cms/noticias/El-Gobierno-de-Telde-presenta-un-plan-para-el-desarrollo-integral-de-Jinamar-para-los-proximos-10-anos/>



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SECCIÓN II

Versión íntegra de las publicaciones científicas resultado de esta tesis

TRABAJOS PUBLICADOS O ACEPTADOS PARA SU PUBLICACIÓN

ESTUDIO 1:

Martínez Cía, N; Ruiz-Callado, R. Promoción de salud para la generación de entornos saludables en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas, Gran Canaria. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2015, 11(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v11n1/ec9848.php>



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



ORIGINALES



Promoción de salud para la generación de entornos saludables en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas, Gran Canaria

Nieves Martínez Cía,¹ Raúl Ruiz-Callado²

¹Centro de Salud Las Remudas (Telde, Gran Canaria), España. ²Departamento de Sociología I, Universidad de Alicante, España

Manuscrito recibido el 27.2.2014
Manuscrito aceptado el 18.2.2015

Enferm Comun 2015; 11(1)

Cómo citar este documento

Martínez Cía, Nieves; Ruiz-Callado, Raúl. Promoción de salud para la generación de entornos saludables en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas, Gran Canaria. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)* 2015, 11(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v11n1/ec9848.php>> Consultado el 18 de Septiembre de 2015

Resumen

Las desigualdades sociales en salud se reflejan también en la segregación espacial de barrios que concentran desventajas estructurales generando entornos poco saludables. Este estudio describe las acciones y estrategias desarrolladas, dentro de un proceso de intervención socio-comunitaria en salud, para mejorar el entorno de un barrio desfavorecido y la percepción vecinal de las transformaciones vividas. Metodología: Se construye un estudio de caso a partir de entrevistas semiestructuradas a informantes clave. Resultado: los informantes reconocen la transformación del entorno en aspectos urbanísticos, ambientales y sociales y la importancia de su participación en ello. La apertura de nuevos comercios o la disminución de la criminalidad son indicadores objetivos de esta mejora. Conclusión: Las intervenciones de promoción de salud para mejorar el entorno deben considerar su multidimensionalidad y, por tanto, su abordaje multisectorial a través de metodologías participativas que involucren a los diversos actores sociales.

Palabras clave: Entornos saludables/ Segregación espacial/ Promoción de salud/ Transformación social.

Abstract (Health promotion for the creation of healthy environments in a vulnerable neighbourhood. The case of Las Remudas, Gran Canaria)

Social inequalities in health are also reflected in spatial segregation of neighbourhoods that concentrate structural disadvantages, resulting in unhealthy environments. This study describes health promotion actions and strategies developed to improve a disadvantaged neighbourhood environment as well as neighbours' perception of the experienced transformations, within a socio-community process of intervention for health. Methodology: a case study is built on semi-structured interviews conducted with key informants. Results: informants recognize transformations in their environment, regarding urban, environmental and social issues, and also the importance of their contribution to these changes. Opening of new shops or a diminished crime rate are objective indicators of improvement. Conclusion: Health promotion interventions for environment improvement must be considered a multidimensional task and, as a result, they require a multi-sectoral approach through participatory methodologies that involve the various social actors.

Key-words: Healthy environments/ Space segregation/ Health promotion/ Social transformation.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los entornos que apoyan la salud como aquellos que ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento (OMS, 1998).

Desde esta perspectiva, pensar en el entorno es pensar en el barrio como ámbito comunitario por excelencia, espacio de acciones e interrelaciones personales y generador de *habitus*. También como espacio para *habitar* que provea a sus vecinos de un lugar en el que *vivir*, en el que permanecer seguro y libre relacionándose positivamente con el entorno (Heidegger, 1994).

En el acceso a este entorno protector y favorecedor de la salud se reflejan también las desigualdades sociales. Las personas con mayores niveles de pobreza siempre han accedido a zonas urbanas condicionadas por los precios del suelo (Duhau, 2013); son agrupadas, en ocasiones, en polígonos de viviendas sociales, de peor calidad, sin posibilidades de elección y territorialmente aislados. Esta segregación espacial concentra en muchos barrios desventajas estructurales que generan entornos poco saludables y, por tanto, inequidades en salud.

Los estudios ecológicos de los sociólogos de Chicago (Halbwachs, 2004, Park, 1999; Wirth, 1927) situaban a los pobres en los distritos más degradados de la ciudad; *ghettos* donde se concentran las desventajas socioeconómicas, enfermedades, familias rotas y que, en medio de la desorganización social, coexisten con las mayores tasas de delincuencia. Trataron de explicar su relación con el desmoronamiento de los vínculos comunitarios, la pobreza o la educación y de entender los mecanismos de transmisión y aprendizaje de algunas conductas asociales.

Incorporar esta dimensión territorial en las estrategias de promoción de salud supone considerar que el proceso de socialización en determinado entorno incide en los comportamientos y, por tanto, en la salud; cuando se trata de barrios pobres o marginales, supone intervenir sobre una de las causas sociales de las desigualdades en salud (Sabatini, 2002; Borrel, 2012). Estas intervenciones no pueden limitarse a aspectos urbanísticos; para su sostenibilidad social y económica ha de considerarse el impacto de los procesos macro de carácter económico, político, cultural, etc. Es necesario un trabajo más estratégico (Bruquetas, 2005) para promover políticas públicas favorables a la participación comunitaria (Leal, 2008) que posibiliten el desarrollo de programas, recursos y acciones adaptados a las necesidades locales sobre las que la comunidad, organizada y movilizada, habrá de trabajar.

El barrio de Las Remudas, municipio de Telde, isla de Gran Canaria, se construyó en 1978 dentro de las políticas de vivienda franquistas para responder a la demanda generada por el crecimiento poblacional, la migración de la población rural hacia la ciudad y, en general, las familias de rentas bajas (Villasante, 1989). Aislado territorialmente, agrupó a adjudicatarios con ese heterogéneo perfil: repatriados del Sáhara, familias expropiadas por la erradicación de infraviviendas de la capital o zonas rurales y, en general, con un nivel socioeconómico y de instrucción bajo. Sus 1.152 viviendas se distribuyen en 72 bloques que se agrupan alrededor de un parque central con los equipamientos comunitarios básicos. El importante retraso en la dotación de servicios favoreció la constitución de varias asociaciones de vecinos y la movilización ciudadana para reivindicarlos que, hoy, están prácticamente desaparecidas. No existe ningún lugar común para el encuentro vecinal.

El barrio más próximo, La Pardilla [Imagen 1], sintió la llegada de Las Remudas como una agresión a su estilo de vida rural y costumbres más tradicionales. Repercutió en comercios y cultivos.

Imagen 1. Vista aérea de Las Remudas y La Pardilla. Fuente GRAFCAN 2014



Su maduración como comunidad ha sido lenta y difícil por el cúmulo de desventajas que han tendido a reproducirse: paro, bajos niveles educativos, desestructuración familiar, venta y consumo de drogas, delincuencia e inseguridad ciudadana..., que han reconfigurado los espacios del barrio y erosionado la vida comunitaria (Bayón, 2009).

La *tabla 1* muestra una comparativa de indicadores de vulnerabilidad que refleja la precariedad histórica de sus condiciones de vida que ha dificultado enormemente su desarrollo y su bienestar.

Tabla 1. Comparativa de indicadores de vulnerabilidad

Año	España		Canarias		Las Remudas	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Parados/as	10,7%	26%	10,90%	32,90%	30,30%	60,10%
Analfabetos/as/ Sin estudios	2,60%	2%	3,70%	2,90%	25,70%	17,50%
Media miembros hogar	2,9	3,6	3,1	2,9	3,9	3,6

Fuente: elaboración propia a partir de datos INE/EPA2012/Instituto Canario de Estadística/ Ministerio de Fomento 2001/Encuesta de Salud Las Remudas-La Pardilla 2012-13

La facilidad de acceso a empleos bien remunerados en la construcción o la hostelería, durante el *boom* turístico de los años 60-70 en las islas canarias, propició que muchos jóvenes abandonaran los estudios. Hoy son adultos, en su mayoría sin cualificación profesional; casi todos en paro.

Los datos del alumnado que consigue titularse en Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) [Tabla 2] encajan con las conclusiones de estudios recientes que sugieren que crecer en barrios marginales reduce considerablemente las posibilidades de graduarse en un instituto (Wodtke y Harding, 2011).

Las tasas de idoneidad a los 15 años (matriculados en el curso que corresponde por edad) también muestran diferencias significativas [Tabla 3]:

Tabla 2. Titulados/as en Educación Secundaria Obligatoria (ESO) **Tabla 3. Tasa de idoneidad a los 15 años**

Curso	2004-5	2010-11	Curso	2004-5	2010-11
España	70,40%	74,10%	España	58,40%	61,20%
Canarias	64,90%	73,70%	Canarias	50,50%	55,10%
IES Las Remudas	58,60%	44,80%	IES Las Remudas	47,90%	46,70%
IES La Pardilla	68,10%	47,90%	IES La Pardilla	46,30%	40%

Fuente: Ministerio de Educación, Consejería Educación Gobierno de Canarias

En 2003, profesionales y técnicos de los servicios educativos, sociales, sanitarios y ONGs del barrio se proponen nuevas formas de intervención coordinada para generar respuestas reales, colectivas e intentar superar aquellas asistencialistas que, sin visión preventiva o promocional, solo actúan sobre las consecuencias. En 2005 este Grupo Técnico de Coordinación (GTC) promueve la realización de un Diagnóstico Comunitario (DC) a través de una investigación participativa. Tras su debate comunitario y la priorización de necesidades, en 2006 se consensúa una programación común que propone líneas de acción dirigidas a favorecer hábitos de vida saludables y mejorar la calidad de vida comunitaria. Su desarrollo compromete a los participantes en el diagnóstico: ciudadanía, técnicos y administraciones (Marchioni, 1999). Una de las líneas de acción, en la que se centra este estudio, pretende la mejora del entorno con acciones participativas que favorezcan el encuentro comunitario, potencien el sentimiento de identidad positiva y el respeto a los espacios comunes, embelleciéndolos, acondicionándolos.

Este estudio analiza las acciones de promoción de salud desarrolladas para la mejora del entorno en el barrio de Las Remudas entre 2003 y 2013 y pretende identificar, a través de las reflexiones de los participantes, las transformaciones vividas por sus vecinos y vecinas.

Metodología

Los métodos y concepciones que subyacen en este proceso y en este estudio se enmarcan en el paradigma de la Investigación-Acción Participativa. Desde el DC, se mantienen procedimientos reflexivos, sistemáticos, que caminan conectados con los problemas cotidianos de la vida comunitaria y que tratan de obtener conocimientos colectivos con una finalidad práctica: avanzar hacia la transformación social. De acuerdo Ander-Egg (2003), *se pretende que la gente involucrada conozca críticamente el por qué de sus problemas y necesidades, descubra sus intereses reales y, teniendo en cuenta cuáles son sus recursos y posibilidades, emprenda acciones para transformar su realidad* (p.33).

El DC propició espacios de encuentro, formales e informales, para tratar cuestiones colectivas como la recuperación y embellecimiento de espacios públicos. Acciones como limpieza del parque, decoración de espacios infantiles, murales en los edificios institucionales, etc., se desarrollaron con una metodología participativa. La inversión de 6 millones de euros en 2011 para la rehabilitación urbanística del barrio reforzó esta línea de acción.

Se construye un estudio de caso a partir de diferentes fuentes de información: revisión documental (actas del GTC, informes urbanísticos, encuesta de salud 2013, notas de prensa y material audio-visual), indicadores socioeconómicos locales; observación participante y entrevistas semiestructuradas a informantes clave.

Dada la multidimensionalidad de la calidad de vida relacionada con el entorno socioeconómico se buscaron indicadores que reflejaran esta complejidad, pero la disponibilidad de datos estadísticos actualizados para el análisis del caso a escala de barrio fue muy escasa. La diversidad en cuanto a calidad y cantidad de registros, y la no coincidencia de ámbitos de actuación de los servicios comunitarios, limitaron el análisis cuantitativo.

La selección de informantes fue intencional. Se recogieron testimonios de personas adultas que residen en el barrio desde su construcción y de algunos jóvenes, entonces niños. También los de personas que lideraron movimientos vecinales o asociativos y que, aunque haya disminuido o cesado su actividad como colectivo, siguen implicándose en las acciones encaminadas a cualquier mejora en el barrio o aún participan de alguna forma en ello.

Se consideraron criterios de exclusión que el tiempo de residencia continuada en el barrio fuera inferior a 15 años o haber residido fuera de él por más de 5 años seguidos, entre 2003 y 2013, aunque hubieran regresado posteriormente.

Se contactó con los informantes telefónicamente solicitando su participación en el estudio, explicándoles el objetivo del mismo, con el compromiso de informarles de los resultados y garantizando su anonimato. Todos ellos firmaron su consentimiento para grabar en audio su entrevista. Las entrevistas se llevaron a cabo en el día, lugar y hora elegidos por los informantes.

Fueron entrevistados dos presidentes de las asociaciones de vecinos históricamente más activas (P1 *La Unión*, P2 *Teberite*), una joven vecina (J1) y otra presidenta de la asociación deportiva juvenil *Taraclimb* (J2); un policía nacional (PN) destinado durante 10 años a la zona y una madre de la Asociación de Madres y Padres (AMPA) *Nuestros padres* del colegio del barrio, *Juan Negrín*. Se rescató información cualitativa de las entrevistas realizadas para la Encuesta de Salud 2013 (ES2013) y el Diagnóstico Comunitario de 2005 (DC2005), seleccionando los testimonios de vecinos que hablaban de la situación del barrio, en el primer caso, y los de personas que cumplían los requisitos de residencia en el barrio, en el segundo.

Las entrevistas exploraron cuestiones como la llegada al barrio, consecuencias de la droga y la delincuencia sobre la vida cotidiana, la convivencia, el uso social del espacio, la vida de los niños o la estigmatización del barrio. Les invitaban a recuperar su memoria histórica e identificar momentos clave en la evolución del barrio y las acciones realizadas para su transformación, tratando de poner de relieve y revalorizar lo que la propia comunidad ha protagonizado para mejorar su calidad de vida (Ander-Egg, 2003; p. 34).

Se transcribieron y analizaron manualmente siguiendo una lógica inductiva: codificación preliminar hasta llegar a una lista de códigos definidos; relaciones entre ellos, agrupando conceptos, hasta comprender las situaciones o fenómenos descritos por los informantes y considerando el contexto en que se dieron, la influencia de la entrevistadora o la perspectiva de las fuentes (Taylor y Bogdan, 2002).

Resultados

Llegaron al barrio de forma simultánea y forzada; a muchos les costó adaptarse a este nuevo estilo de vida: *La gente que vivía en chabolas o cuevas... los niños todos desnudos... Cada uno tenía su forma de vivir; no era lo mismo que vivir en una vivienda* (P1). *No somos gente que hemos nacido y nos hemos criado aquí; nos han traído, nos han mezclado* (AMPA).

La convivencia se hizo enseguida difícil; se fue creando un entorno que sumaba a la pobreza los problemas que generó, desde el principio, la presencia de droga y la delincuencia asociada: *...aquí vino gente pobre, pero también gente metida en la droga, y eso dio problemas desde que se dieron las casas. Había pisos solo para traficar, para vender* (P2). *El bloque de enfrente era la casa de los "trapicheos" ...continuas peleas, discusiones... a las 2, las 4 de la madrugada...* (AMPA). *Eran clanes; había muchas familias. Casi la mitad del barrio vivía de la droga* (P1).

No hay control social informal: *La gente veía, pero "estaba ciega". Tenía miedo* (P2).

La Policía Nacional asegura que había frecuentes y graves altercados en lugares públicos, registros domiciliarios... Necesitaban refuerzos de dotaciones de la capital: *... o la policía que venía y tiraba esa puerta abajo y ponía a todo el mundo en pie. Nos vimos saliendo todos en pijama a la calle porque oíamos las sirenas y pensábamos que era un incendio* (AMPA).

Los niños crecen en este entorno; les provoca miedo y a la vez curiosidad. El parque les queda vetado y han de jugar en casa o en el "aparcamiento": *Mi madre decía que no se salía y que nos pusiéramos a jugar en las habitaciones; nos decía que no pasaríamos por el parque, que allí había cosas que no debíamos ver y provocaba que tuviéramos aún más interés* (AMPA). *Siempre salía protegida con mis hermanos mayores. Al salir del "insti" los veías en la puerta cómo consumían o vendían. Es lo que me vivía a diario. Una llega a normalizarlo; como desde "chiquitita" lo tenía ahí...* (J1).

Los espacios públicos se deterioran y vacían; se convierten en escenarios más vulnerables a la violencia y el delito. *La gente no utilizaba el parque con niños ni con nada porque era un mercadillo; ni de noche ni de día* (P1). *Se fue deteriorando todo, el parque y la gente* (AMPA).

El barrio moldea ciudadanos aislados, individualistas, que viven en permanente desconfianza hacia sus propios vecinos: *Yo esperaba a que fuera de día, que viera por dónde estaba y la gente que había* (AMPA). *Nos acostumbramos a cerrar cada uno su ventana y los demás que se busquen la vida* (J1).

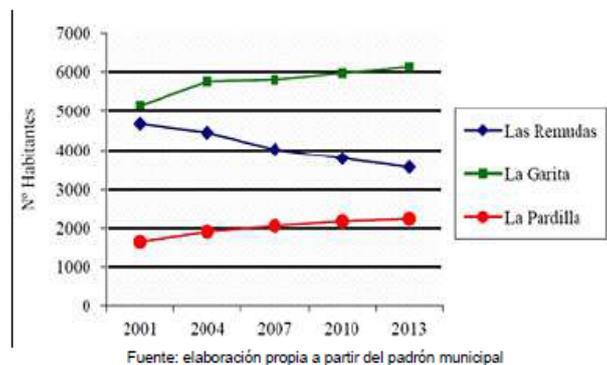
Su imagen exterior, reforzada por los medios de comunicación, se asociaba a la conflictividad, al peligro; decir que se residía en Las Remudas condicionaba la búsqueda de empleo, provocaba rechazo en la escuela de La Pardilla: *Una persona de Las Remudas deja un curriculum y no pone su dirección, sino la de la abuela u otro familiar, porque sabe que le va a dificultar encontrar trabajo* (ES2013). *En clase era: "¿tú eres de Las Remudas?, pues no me siento ni a tu lado"... en las visitas de padres les decían a los profesores que "por qué sus hijos tenían que estar con la gente ésta"* (AMPA).

Los comercios cierran; se rechazan nuevas inversiones: *Había muchos comercios, pero duró poco porque entraban, rompían los cristales... Se fueron del barrio avergonzados, arruinados* (P1). *Los de afuera tenían miedo de venir a comprar porque te robaban. No entraban ni los distribuidores de mercancías* (P2).

Con el paso de los años la poca calidad de las viviendas empieza a notarse; el barrio se deteriora pero no se invierte en su cuidado ni mantenimiento; se cumple la "teoría de las ventanas rotas" (Wilson y Kelling, 1982) incrementándose la percepción de inseguridad: *El aspecto del barrio es horrible; no solo por la suciedad, sino el aspecto de los bloques; pintan las paredes, tiran huevos...* (DC2005).

Tal como muestra el gráfico 1, la población del barrio ha disminuido a diferencia de los barrios próximos que experimentan crecimientos continuos. *Mucha gente se ha ido de aquí por esto, porque si ya eras pobre y te sentías mal contigo mismo, ahora te sientes pobre, marginal y señalado* (AMPA).

Gráfico 1. Evolución poblacional respecto a los barrios colindantes

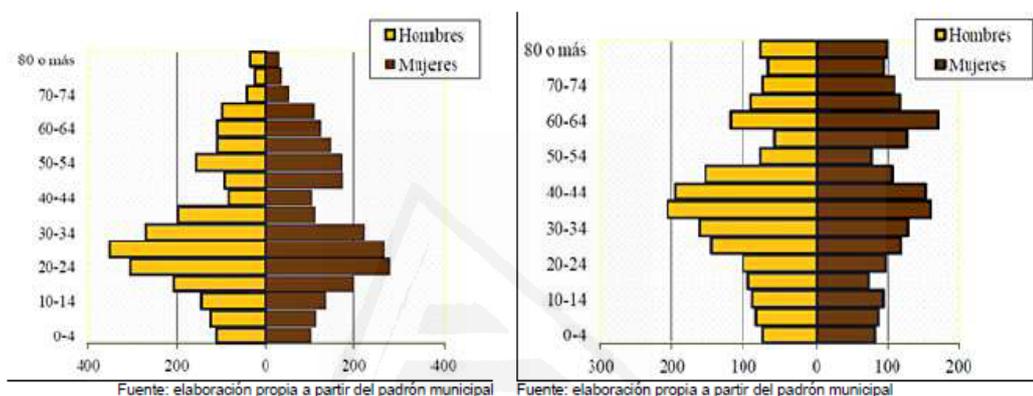


Fuente: elaboración propia a partir del padrón municipal

Como se muestra en los gráficos 2 y 3, es evidente el éxodo de jóvenes: el barrio envejece.

Gráfico 2. Pirámide poblacional año 2000

Gráfico 3. Pirámide poblacional año 2011



Fuente: elaboración propia a partir del padrón municipal

Fuente: elaboración propia a partir del padrón municipal

... la actividad que ejerce el barrio me echa... el tema de la droga... En cuanto pueda, me pierdo de este barrio... yo a mi hijo no lo criaría en un barrio así... (DC2005).

Los informantes señalan varios factores que han influido en la transformación del entorno.

Los vecinos se rebelan contra la droga, cada vez más conscientes del daño que causa al barrio: *Dos veces se ha intentado poner gente allí a vender y nos hemos manifestado todo el aparcamiento (ES2013). Se hicieron muchas campañas para erradicar la droga del parque; la gente empezó a concienciarse, se cansó (P1). Los propios vecinos han ido "limpiando" poco a poco, por sus hijos y por ellos mismos (J1).*

La delincuencia disminuye: *Ya no hay grandes "camellos" ni gente tan violenta: unos han muerto, son mayores o están enfermos; otros están en prisión y otros se han marchado. Ya solo queda "menudeo de pobres". Antes hacíamos 50 o 60 registros domiciliarios al mes, identificaciones...; ahora ninguno. Hay mucha más colaboración ciudadana; la gente ya no tiene miedo. Los delitos han desaparecido prácticamente (PN). La droga ya no es lo que era ni lo volverá a ser, porque ha hecho suficiente daño y los mismos que venden están concienciados de que esto ya nunca volverá a ser lo mismo (AMPA).*

La presentación al barrio del Grupo Técnico de Coordinación en 2004, la invitación a participar en el Diagnóstico Comunitario y la planificación conjunta de acciones para mejorar su calidad de vida, van cambiando actitudes.

Las actividades organizadas en la calle, en el parque, llenan los espacios comunes; mejora la relación de vecindad y hay un sentimiento de pertenencia renovado: *Antes no se podía pisar el parque; pero ahora, yo estoy muy orgullosa de ser de Las Remudas, ¡pero "mogollón"! (J1). Se ve en el barrio una energía diferente; vecinos que veía todos los días pero que "hola y adiós" y no hablábamos más, ahora sí se para uno, conversa con un vecino, con otro... eso yo antes no lo tenía (ES2013).*

La presencia de gente, los "ojos en la calle" (Jacobs, 1962), actúan como control natural de los espacios que ganan seguridad: *Noto un cambio en el barrio, un ambiente más tranquilo. La gente sale más a caminar por el barrio, incluso por la noche. Hay más seguridad (ES2013).*

Crece el comercio interno: entre 2006 y 2013 se han abierto doce nuevos comercios en Las Remudas y ocho en la zona más cercana de La Pardilla [Imagen 2]; dan empleo a unos pocos vecinos. Son también lugares de encuentro: *Han abierto tiendas; eso me parece fantástico, son signos de recuperación y además le van dando "vidilla" a esto (ES2013).*

Imagen 2. Ubicación de los comercios abiertos 2006-2013



Fuente: Concejalía de Urbanismo

La rehabilitación urbanística: el GTC planificó acciones que permitieron la participación ciudadana con propuestas para las zonas comunes. Algunas, no previstas por la empresa municipal encargada, resultaron tan aceptables que se llevaron a cabo las modificaciones técnicas precisas. A pesar de la inicial reticencia de los responsables, fueron consideradas de enorme valor en su evaluación final de la rehabilitación y de la satisfacción ciudadana (FOMENTAS, 2011): *Es la única vez que se ha llamado a los colectivos para que participen en lo que vamos a ejecutar en este barrio (P1). La reforma ha influido bastante y también influye que se haya hecho con la gente del barrio; cuando te sientes protagonista de lo que se hace... (AMPA).*

El arte público es un ejemplo de refuerzo del territorio; envía el mensaje de que es un espacio cuidado por alguien, aunque no esté allí físicamente (Stephens, 2007). Los murales realizados colectivamente desde 2010 [Imágenes 3 y 4] se mantienen hoy sin deterioro: *Sí; mucho mejor. La prueba se refleja en el tiempo que lleva Las Remudas pintada. Antes estaba toda "pintorroteada". Ahora la gente respeta y eso es un síntoma de convivencia. Es importantísimo (P1).*

Imagen 3. Pintando el centro de salud 2010 Imagen 4. Inauguración del mural del centro de salud 2010



No solo ha mejorado su autoestima e imagen propia, también su imagen exterior. Mucha gente de los barrios cercanos reconoce la transformación urbanística y social: *Cuando viene gente por ejemplo al centro de salud, de otros barrios, ahora dicen: "¡ahora parece una zona residencial!" (M).*

La relación entre ciudadanía y profesionales del barrio se hace más cercana, más horizontal; las administraciones también se acercan más: comparten espacios y actividades como nunca antes. Se reconoce el papel de la intervención socio-educativa y el trabajo realizado en la construcción y reconstrucción de vínculos en el barrio: *Empezamos a escucharnos; todos teníamos el mismo problema y nadie lo compartía. Nos enseñaron a relacionarnos entre nosotros, que nunca lo habíamos hecho (AMPA). Las transformaciones son producto de una labor sostenida en el tiempo; posiblemente los "pibes" que ahora se están educando tengan otra perspectiva distinta cuando crezcan. La labor de coordinación y dinamización que se está haciendo desde el proyecto comunitario, es muy buena (ES2013). ...Personas que participan activamente del centro de salud, institutos, fundaciones, asociaciones..., personas que tienen esa fuerza, que toman la iniciativa,... gracias a ellos el barrio está como está, no gracias a los políticos ni nada. El barrio ha mejorado muchísimo para todas las edades; invita a vivir más en la calle, con los vecinos y me parece genial (ES2013).*

El reconocimiento a esta labor comunitaria también viene desde fuera: el proceso recibe tres premios nacionales entre 2003 y 2008, incluido el Reina Sofía en 2008, que los vecinos recogen en Madrid de manos de S.M. la reina.

La crisis castiga especialmente al barrio; la marcha de la Fundación El Patio, elemento dinamizador fundamental, el notable incremento del paro y otros recortes en recursos sociales les hacen temer un retroceso. Hay un incipiente movimiento vecinal decidido a, como mínimo, mantener los avances logrados. Comprenden que deben tomar las riendas, sin esperar pasivamente iniciativas de instituciones o entidades externas, y que la cohesión social es más necesaria que nunca. *Hay veces que creces más rápido, otras veces más lento, pero mientras no vayamos para atrás, todo está bien (ES2013). En Las Remudas se ha trabajado mucho el tema de los "pibes" para que venga alguien y tire todo por la borda (ES2013).*

Un grupo organizado de vecinos, con apoyo del GTC, ha propiciado en 2014 reuniones con el ayuntamiento para crear un centro cívico en locales actualmente vacíos; han ajardinado un espacio abandonado y "forzado" con ello la implicación municipal para incluirlo en su mantenimiento, dotación de canchas de petanca, huerto urbano, etc.: valoran la importancia de crear espacios para el encuentro y el disfrute del vecindario. Son más conscientes de la importancia de los vínculos comunitarios y de su capacidad transformadora: *Si nos organizamos, podemos lograr cosas* (AMPA). *Podríamos ponernos de acuerdo todas las asociaciones para hacer cosas juntas. Poner un poco de nuestra parte y aportar ideas* (ES2013).

Se generan debates comunitarios antes impensables: *La gente se ha concienciado; ya sabe lo que es un político, sabe lo que es un movimiento vecinal y sabe diferenciar una cosa de otra* (P1). *Mientras no se tenga en cuenta que el factor socioeconómico marca tantísimo un resultado académico, etc., mientras los políticos no lo tengan claro y respondan con unas actuaciones políticas comprometidas, seguiremos teniendo zonas muy desfavorecidas* (ES2013).

Discusión

Después diez años de trabajo comunitario, la transformación del entorno del barrio de Las Remudas es evidente para los que viven, trabajan o lo visitan. El embellecimiento, la recuperación de sus espacios comunes, la rehabilitación urbanística, han generado un sentimiento renovado de pertenencia con la percepción de que el estigma social o *efecto barrio* se desvanece. Se ha generado un proceso reflexivo sobre la importancia de proporcionar un entorno más seguro y saludable a las nuevas generaciones y sobre la necesidad de ser parte activa en esa transformación. Los resultados del estudio refuerzan la evidencia ya existente sobre el impacto del entorno en la salud, la cohesión social y la calidad de vida de las personas y sobre la importancia de desarrollar planes locales participativos encaminados a reducir las desigualdades sociales en salud, especialmente en barrios con mayor vulnerabilidad y carencias socioeconómicas (Rebollo, 2012; Ministerio de Sanidad, 2010; 46-51; Martí et al., 2005). Existen múltiples experiencias similares en países latinoamericanos y en nuestro propio país; sirvan de ejemplo la experiencia del Plan Comunitario de Trinitat Nova, en Barcelona (Blanco, 2002) o del barrio Oliver, en Zaragoza, y el proyecto "Rehabitat" (Gobierno de Aragón, 2010), en los que también la participación comunitaria y la implicación intersectorial han tenido resultados que van más allá de la mejora del entorno físico. Del mismo modo que la experiencia de Trinitat Nova ha tenido un efecto multiplicador constatable en las nuevas dinámicas comunitarias que se han abierto en barrios colindantes, se está valorando por el Ayuntamiento de Telde la conveniencia de seguir la metodología participativa del proceso desarrollado en el barrio de Las Remudas ante la importante inversión económica aprobada para la rehabilitación de otro barrio próximo, Jinámar, de características socioeconómicas y problemática similar.

En experiencias como la que se presenta, han de considerarse ciertas barreras a su sostenibilidad como pueden ser la dependencia que puede establecerse con respecto a los técnicos que impulsan el proceso y las dificultades que plantea su transferencia total a la comunidad. El débil movimiento asociativo y la segmentación de la participación constituyen igualmente elementos a considerar en este sentido.

Conclusiones

Las intervenciones sobre el entorno deben considerar no solo cuestiones urbanísticas y ambientales, sino sociales, económicas y culturales.

Como componente significativo dentro de las estrategias de promoción de salud, la construcción de entornos saludables ha de considerar medidas continuas de carácter estructural, sobre aspectos más amplios del entorno que escapan al control de los individuos. Esto requiere del compromiso político, de la participación de los que habitan en ese entorno para apropiarse y convertirse en protagonistas activos de su transformación y de un abordaje interdisciplinario que comprometa a los diferentes sectores. Estos resultan aspectos clave para conseguir reducir las desigualdades sociales en salud y construir colectivamente entornos físicos y sociales que apoyen y faciliten la adopción de estilos de vida saludables, logren la reducción de riesgos y la promoción de factores protectores de la salud.

Bibliografía

Ander-Egg, E. (2003). *Repensando la Investigación-Acción Participativa*. Buenos Aires: Lumen humanitas.

Bayón, MC. (2009). Oportunidades desiguales, desventajas heredadas. Las dimensiones subjetivas de la privación en México. *Espiral*, 15 (44): 183-198. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13904405>> [acceso: 15.3.2014].

Blanco, I. Rebollo, O. (2002). El Plan Comunitario de la Trinitat Nova (Barcelona): un referente de la planificación participativa local. En *Gobiernos locales y redes participativas*, 8: 163-186. Barcelona: Ariel. Disponible en: <<http://www.puentegenil.es/uploads/Documentos/Areas/participacion/bibli3.pdf>> [acceso: 2.2.2015].

Borrell, C., Díez, E., Morrison, J., Camprubí, L. (2012). Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: *Proyectos Medea e IneqCities*. Disponible en: <http://www.aspb.es/quefem/docs/igualdad_salud_urbana.pdf> [acceso: 4.4.2014].

Bruquetas, M., Moreno, F., Walliser, A. (2005) La regeneración de barrios desfavorecidos. Documento de trabajo 67/2005. Madrid: Fundación Alternativas. Disponible en: <<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-regeneracion-de-barrios-desfavorecidos>> [acceso: 19.7.2014].

Duhau, E. (2013). La división social del espacio metropolitano. Una propuesta de análisis. *Nueva Sociedad*, 243: 79-91. Disponible en: <http://www.nuso.org/upload/articulos/3917_1.pdf> [acceso: 4.4.2014].

Egea, A. (2013). Así se hizo. ¿Qué entendemos por educación para la transformación social? [Entrada de blog]. En: *Máster Educación, globalización y transformación social* (2013-15). Universitat de Barcelona. 06/03/2013 <<http://www.ub.edu/educaglob/asi-se-hizo-que-entendemos-por-educacion-para-la-transformacion-social>> [acceso: 21.3.2014].

FOMENTAS (2011). Memoria evaluativa del proyecto "ARI Las Remudas". Ayuntamiento de Telde. Datos sin publicar.

Gobierno de Aragón. Aragón participa [en línea]. Zaragoza (2008). Barrio Oliver de Zaragoza: participar para crear. Crear para transformar. Disponible en: <<http://www.aragonparticipa.es/barrio-oliver-de-zaragoza-participar-para-crear-crear-para-transformar>> [acceso: 14.10.2014].

Heidegger, M. (1994). Construir, habitar, pensar. Traducción de Eustaquio Barjau, en Conferencias y artículos. Barcelona: Serbal. Disponible en: <http://www.heideggeriana.com.ar/textos/construir_habitar_pensar.htm> [acceso: 23.3.2014]

Halbwachs, M. (2004). Chicago, experiencia étnica. REIS, 108; 215-253. Disponible en: <http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_108_111168257848046.pdf> [acceso: 25.3.2014].

Jacobs, J. (1961). The death and life of great American cities. New York: Random.

Leal, B; Afonso, LM. (2008). Barrio Saludable: Experiencia de investigación en el barrio Villa Cindy, Localidad 11 de Suba, Bogotá. Biblioteca Lascasas, 4(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lo0371.pdf> [acceso: 25.3.2014].

Marchioni, M. (1999). Comunidad, participación y desarrollo. Madrid: Editorial Popular.

Martí, J., Pascual, J., Rebollo, O. Coordinadores (2005). Participación y desarrollo comunitario en medio urbano. Experiencias y reflexiones. Madrid: Editorial IEPALA.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Avanzando hacia la equidad. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España; p.46-51. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf> [acceso: 17.3.2014].

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS. Disponible en: <<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>> [acceso: 3.3.2014].

Park, RE. (1999). La ciudad y otros ensayos de ecología urbana (Traducción Emilio Martínez). Barcelona: Del Serbal.

Rebollo, O. (2012). La transformación social urbana. La acción comunitaria en la ciudad globalizada. Gestión y política pública, 21(1): 159-188. Disponible en <http://www.gestionypoliticapublica.cide.edu/num_antteriores/Vol.XXI_No.1_voltematico/05_Oscar_Rebollo%28159-188%29.pdf> [acceso: 25.3.2014].

Sabatini, F. (2002). La segregación de los pobres en las ciudades: un tema crítico para Chile. CIS, 1: 18-23. Disponible en: <<http://issuu.com/revistacis/docs/cis17e=2986778/2961802>> [acceso: 2.5.2014].

Stephens, R. (2007). Consideraciones prácticas sobre el urbanismo y la seguridad. En: Libro de ponencias Congreso Internacional de Ciudades, Urbanismo y Seguridad; Madrid: Ayuntamiento de Madrid. p. 204.

Taylor, S.; Bogdan, R. (2002). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.

Urbanos, R. (2012). El determinante contextual: capital social y relaciones con el entorno. Fundación Ramos Areces. Conferencia Debate: Salud, riqueza y estilos de vida. Disponible en: <http://www.fqcasal.org/fqcasal/database/documentos/Areces-FGC_2012_Urbanos.pdf> [acceso: 17.5.2014].

Villasante, T., Alguacil, J., Hernández, A. et al. (1989). Retrato de chabolista con piso. Madrid: Instituto de la Vivienda.

Wilson, J., Kelling, G. (1982). Broken windows: The police and neighborhood. The Atlantic Monthly; Boston. Disponible en: <http://www.manhattan-institute.org/pdf/atlantic_monthly-broken_windows.pdf> [acceso: 13.3.2014].

Wirth, L. (1927). The Ghetto. Phoenix: The University of Chicago Press.

Wodtke, G., Harding, D., Elwert, F. (2011). Neighborhood Effects in Temporal Perspective: The Impact of Long-Term Exposure to Concentrated Disadvantage on High School Graduation. American Sociological Review, 76(5): 713-736. Disponible en: <<http://asr.sagepub.com/content/76/5/713>> [acceso: 17.3.2014].

Me gusta Compartir Tweet G+

[DEJA TU COMENTARIO](#) [VER 0 COMENTARIOS](#)

[Normas y uso de comentarios](#)

| [Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca Cantárida](#) | [Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [guid-INNOVA](#) | [Casa de Mágima](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304 

ESTUDIO 2:

Ruiz Callado, R; Martínez Cía, N (2017). Transición a la edad adulta en jóvenes vulnerables. Efectos de una intervención sociocomunitaria en el barrio de Las Remudas, Gran Canaria, España. *Enfermería Global*, 48; 16 (4).

DECISIÓN EDITORIAL REVISTA "ENFERMERÍA GLOBAL". 30 de agosto de 2016

Estimado/a buen día Nieves Martínez Cía:

Tras la evaluación pertinente de los revisores, le comunico que ya hemos tomado una decisión respecto a su trabajo titulado "Transición a la edad adulta en jóvenes vulnerables. Efectos de una intervención sociocomunitaria en el barrio de Las Remudas, Gran Canaria, España.", con identificador 255791, en cuanto a su publicación en Enfermería Global.

Nuestra decisión editorial es: Aceptar para publicación en el nº 48, octubre 2017.

Independientemente de la fecha en la que el artículo sea publicado, DEBE HACER EL PAGO EN UN PLAZO DE 20 DÍAS (no se contabilizan los días de agosto) DESDE ESTE COMUNICADO DE ACEPTACIÓN E INTRODUCIR EL ID DEL ARTÍCULO CUANDO SE REALICE EL PAGO. Si no es recibido en ese plazo de tiempo, entenderemos que no desea abonarlo y el artículo quedará eliminado de nuestros archivos, dando paso a otro artículo aceptado en la revisión por pares.

Por favor, para poder emitirle el correspondiente recibo según se indica en <http://revistas.um.es/eglobal/about/submissions#authorFees>, reenvíe este mensaje a jsj@um.es junto con los siguientes datos del pagador: 1) Nombre completo; 2) NIF, NIE o Pasaporte; 3) Domicilio fiscal; 4) Dirección de email.

La separata del artículo la obtendrá en formato pdf en la edición electrónica de la revista en cuanto sea publicado en el número correspondiente.

Gracias por su colaboración.

*Reciba un cordial saludo,
M^a José López Montesinos
Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia.
eglobal@um.es*

--

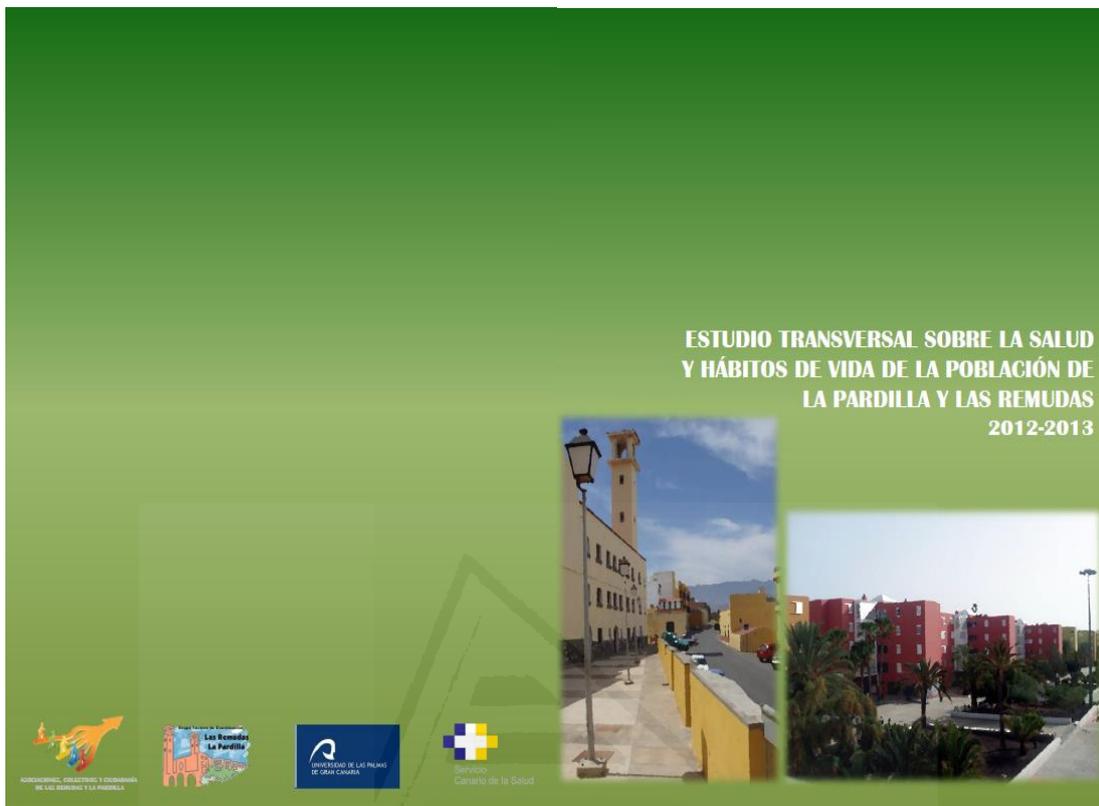
*Enfermería Global
<http://revistas.um.es/eglobal>*



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SECCION III
Trabajos no publicados

Estudio transversal sobre la salud y hábitos de vida de la población de La Pardilla y Las Remudas 2012-2013.



Análisis e Informe:

Jaime Pinilla Domínguez. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Miguel Ángel Negrín Hernández. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Becarios de Investigación:

Isaac Guedes Rodríguez

Alberto Macías Jiménez

Coordinación del estudio:

Nieves Martínez Cía. Centro de Salud de Las Remudas (Telde).

David Sánchez Martín. Fundación Canaria Yrichen.

Antonio Santana Miranda. Fundación Canaria El Patio.

Marta Martín Rivero. Fundación Canaria El Patio.

PROGRAMA DETALLADO DEL ESTUDIO

1º Etapa:

- Reunión del grupo de investigación
- Especificación de la metodología del estudio, diseño de cuestionarios:
- Encuesta presencial.

La población diana de la encuesta la conforman el total de ciudadanos mayores de 15 años empadronados en los barrios de las Remudas y La Pardilla, pertenecientes al municipio de Telde en Gran Canaria. La población total asciende a 5.039 individuos. En el diseño de la encuesta se ha considerado como unidad de muestreo el propio individuo.

Uno de los objetivos de la encuesta es alcanzar un elevado nivel de desagregación territorial por lo que se utilizó un muestreo bi-etápico estratificado. La primera etapa la constituyen las localidades: los barrios de Las Remudas, La Pardilla y San Isidro.

La segunda etapa la constituyen las unidades individuales. En la primera etapa se realiza afijación proporcional utilizando como variable de afijación el tamaño poblacional. Dentro de cada localidad se realiza también muestreo estratificado con afijación proporcional para el sexo y por grupos de edad. En cada estrato se selecciona la muestra a través de muestreo aleatorio simple.

El error de muestreo máximo admitido fue del 5% para la estimación de la proporción de individuos con buena o muy buena salud. Se considera un nivel de confianza del 95%. La proporción poblacional de individuos con buena o muy buena salud se fijó en el 72% basada en los últimos resultados de la Encuesta de salud de Canarias.

A partir del diseño anterior, la muestra final tiene un tamaño de 313 encuestas distribuidas entre los diferentes estratos de la siguiente forma.

Tabla 1
Distribución territorial según localidad

Código Postal	Muestra
La Pardilla	56
San Isidro	40
Las Remudas	207
San Antonio	10
Total	313

Fuente: Servicio Municipal de Estadísticas del Ayuntamiento de Telde e Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

Tabla 2
Distribución por grupos de edad y sexo

Intervalo de edad	Mujeres	Hombres	Total
15-29	35	34	69
30-44	64	62	126
45-64	41	40	81
65 o más	19	18	37
Total	159	154	313

Fuente: Servicio Municipal de Estadísticas del Ayuntamiento de Telde e Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

- Formación de encuestadores
- Estudio piloto:
Reunión con los encuestadores en el Centro de Salud de las Remudas. Discusión respecto a los cuestionarios. Realización de pruebas con usuarios del centro de salud.

2º Etapa:

- Trabajo de campo, N=313 encuestas
- Descarga de los datos. Creación de la base de datos previa depuración de los errores surgidos durante la etapa de recogida de información. Formato Excel y SPSS.

3º Etapa:

- Explotación estadística de los datos.
Análisis gráfico. Tablas de frecuencia y análisis marginal. Comparación de los resultados con los obtenidos por la Encuesta de Salud de Canarias 2009.
- Análisis multivariante. Modelos de regresión sobre variables discretas. Informe final. Discusión de los resultados.



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Departamento de Métodos Cuantitativos
en Economía y Gestión

JAIME PINILLA DOMÍNGUEZ, Titular de Universidad adscrito al Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, en calidad de coordinador científico del estudio titulado: "ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE LA SALUD, ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE LAS REMUDAS Y LA PARDILLA", encargado por la Fundación Canaria EL PATIO, y realizado a través de convenio firmado con la Fundación Universitaria,

CERTIFICA que,

En el marco de dicho proyecto, una de las fases programadas del mismo consiste en la realización de una encuesta a mayores de 15 años empadronados en los barrios de las Remudas y La Pardilla, pertenecientes al municipio de Telde en Gran Canaria. A este respecto,

Don/ña: **Nieves Martínez Cía**

ha participado como Coordinadora del Grupo Técnico encargado del trabajo de campo de la Encuesta de salud de Las Remudas y La Pardilla 2012-2013.

Fdo.: Jaime Pinilla Domínguez



t +34 928 451 843
f +34 928 451 829

e-mail dmc@ulpgc.es
www.fcee.ulpgc.es/dmceg

Edificio de Ciencias Económicas y Empresariales
Módulo D. Planta 3ª y 4ª
Campus U. de Tafira
35017 Las Palmas de Gran Canaria. Spain



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SECCIÓN IV
Conclusiones

CONCLUSIONES

El estudio de los problemas de salud logra integralidad cuando parte de su consideración como problema social.

La revisión teórica realizada en este trabajo doctoral muestra que la salud de los individuos es el resultado de un conjunto variado y complejo de variables que, en buena parte, vienen determinadas por factores sociales.

El entorno en que las personas viven debe ser favorecedor de la convivencia, el desarrollo personal y el bienestar; pero en el acceso a ese espacio protector de la salud se reflejan también las desigualdades sociales. Las personas pobres suelen habitar en barrios que acumulan desventajas estructurales y estigmatización territorial a la que se suma una capacidad disminuida para defenderse de ellas y hacer frente a sus consecuencias negativas.

En territorios con una larga historia de desventaja social y estigmatización, como el barrio objeto de interés en este trabajo doctoral, se plantean problemas asociados al consumo de sustancias ilegales, entornos desfavorables para alcanzar el mayor nivel de salud posible -especialmente para la infancia y juventud-, debilitamiento del capital social y otros que generan inequidades en salud.

Crear ambientes favorables para la salud requiere incorporar esta dimensión territorial en las estrategias de promoción de salud y supone aceptar que el proceso de socialización en determinado entorno incide en los comportamientos y, por tanto, en la salud.

Para reducir las consecuencias negativas para salud de la vulnerabilidad determinada por el entorno y aumentar las oportunidades de las personas que habitan estos espacios de adoptar estilos de vida saludable, se asume que estas problemáticas deben ser abordadas colectiva y comunitariamente.

La intervención sociocomunitaria sobre la que se indaga en esta tesis tiene el objetivo fortalecer y acompañar procesos de transformación a nivel comunitario para reforzar el protagonismo ciudadano y generar condiciones de justicia social.

Cada territorio es singular, por lo que son necesarias metodologías de intervención sociocomunitaria flexibles y permeables a cada realidad.

Los diagnósticos participativos permiten una primera aproximación a dicha realidad para el abordaje colectivo de las problemáticas compartidas, buscando facilitar la transformación de las causas que las originan. Estos estudios participativos de la realidad social favorecen el acercamiento entre los actores implicados y su compromiso para la acción con el objetivo común de mejorar el bienestar colectivo.

Se trata de procesos -que no proyectos-, que requieren tiempos prolongados de intervención, a partir de la permanencia del trabajo en un mismo territorio, de la generación de vínculos de confianza con las personas que habitan dicho territorio, del conocimiento progresivo de sus características y problemáticas. La creatividad, la escucha, el respeto, la empatía o la disponibilidad son herramientas fundamentales.

En los estudios incluidos en este trabajo doctoral se ha mostrado un ejemplo real de que es posible desarrollar estrategias preventivas vinculadas con el entorno que conduzcan a fortalecer la cohesión social, considerando no solo cuestiones urbanísticas y ambientales, sino sociales, económicas y culturales.

La metodología de la intervención socioeducativa específica desarrollada con la infancia y juventud del barrio ha demostrado que es posible proporcionarles experiencias vitales positivas y un entorno protector que favorezca su tránsito saludable a la edad adulta: una comunidad organizada multiplica la capacidad educadora de sus jóvenes y niños a lo largo de su ciclo vital cuando reconoce que la salud y la enfermedad de los adultos están arraigadas en la salud y las experiencias en etapas anteriores del curso de la vida.

Más allá de la evaluación de resultados, únicamente en términos cuantitativos, es necesario que se pongan en valor los aspectos cualitativos, subjetivos y de proceso, esencia de esta intervención: cómo se trabaja, con qué instrumentos y

dinámicas, qué relaciones se establecen; grado de coordinación intersectorial, transversalidad, sinergias conseguidas, etc.

Los profesionales y técnicos que trabajan sobre el terreno, que conocen bien las realidades, y los políticos que administran, deben tener espacios de encuentro interinstitucionales en los que compartir conocimiento, propuestas y marcos de intervención comunes, que favorezcan el replanteamiento de las políticas públicas, orientadas a las personas en su contexto específico y especialmente las dirigidas a jóvenes en el ámbito de la salud, en el educativo y en el comunitario.

Para la enfermería comunitaria, supone la posibilidad de desarrollar un trabajo más vinculado a la abogacía en salud, para la mejora de los entornos y de las condiciones sociales en que viven las personas.

Los servicios de Atención Primaria de Salud que trabajan en territorios vulnerables pueden, por su proximidad a la población, resultar elementos clave para mejorar la salud y la calidad de vida si orientan sus acciones a reducir las desigualdades en salud a través de estrategias de promoción de salud coordinadas con otros sectores y de la mayor accesibilidad de sus profesionales.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXOS

ANEXO 1.- DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN

1.1. Ponencia:

“Intervención sociocomunitaria para la promoción y mejora de la salud mental en el barrio de Las Remudas”.

En: Jornadas *“El tratamiento de la depresión: una visión integral”*.
Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria, 8 de mayo de 2017.

1.2. Comunicación oral:

“Promoción de la salud para la generación de entornos saludables en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas, Gran Canaria”.

En: IV Jornadas Científicas de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, 20 de abril de 2017.

1.3. Dinamización de los talleres del Foro de Metodologías Participativas, celebrado en Madrid, del 22 al 24 de abril de 2016, dentro del eje temático *“Procesos comunitarios”*. Centro Cultural Eduardo Úrculo.

1.4. Comunicación oral:

“Proceso Comunitario Las Remudas-La Pardilla”.

En: I Jornadas de participación y sociedad. Concejalía de Participación Ciudadana Ayuntamiento de Arrecife (Lanzarote). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED): Arrecife de Lanzarote, 27 de noviembre de 2015.

1.5. Comunicación oral:

“Comunidad. Retomando la salud para todos: Proceso Comunitario Las Remudas-La Pardilla”.

En: IX Congreso Nacional y III Congreso Internacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria *“Cronicidad. Comunidad y Familia. Hoy es mañana, Asumiendo el reto”*. Las Palmas de Gran Canaria, 8, 9 y 10 de Octubre de 2014.

ANEXO 2.- ACTIVIDAD DOCENTE

2.1. COLABORACIÓN CON UNIVERSIDAD FERNANDO PESSOA. LAS PALMAS.

- Colaboración en la formación práctica de alumnado del Grado de Enfermería durante su estancia en el centro de salud de Las Remudas: cursos desde 2011-2012 a 2015-2016.
- Seminarios docentes para el alumnado de 4º Grado de Enfermería. Tres horas/grupo. Desde curso 2011-2012 hasta la actualidad.

2.2. Docente en el curso “Trabajo comunitario, participación y desarrollo social en las comunidades locales”. Organizado por Grupo Técnico de Coordinación Las Remudas-La Pardilla y Marco Marchioni. 27 y 28 de octubre y 15 y 16 de diciembre de 2016.

2.3. Tutora-colaboradora de alumnado de segundo año de Enfermeras Residentes del Programa Oficial de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria durante los meses de octubre a diciembre de 2016.

2.4. Encuentro formativo con estudiantes del Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Alicante: *“La práctica de la Enfermería en el ámbito comunitario. Un compromiso por el cambio social para la mejora de la salud”*. Tres horas y media. Universidad de Alicante. Departamento Sociología I. Alicante, 13 de mayo de 2013.

ANEXO 3.- ACTIVIDAD CIENTÍFICA

- 3.1.** Miembro del Comité de Investigación en Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria. Desde 2010 hasta la actualidad.

- 3.2.** Miembro de la Asociación Valenciana de Sociología.

- 3.3.** Vocal del Comité de Investigación (CI 10) de Sociología de la Salud de la Federación Española de Sociología (FES).

- 3.4.** Miembro del comité científico y editorial de la revista “COMUNIDAD”. Publicación semestral. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMyF-PACAP). Desde 2011 a la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aebi, M y Linde, A (2010). *El misterioso caso de la desaparición de las estadísticas policiales españolas*. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 12-07:1-30. Recuperado en: <http://criminet.ugr.es/recpc/12/recpc12-07.pdf>
- Aguacil, J (1995). Veinticinco tesis sobre la complejidad del concepto de lo social en las intervenciones de vivienda pública; en Luis Cortés (comp). *Pensar la vivienda*; 70-90. Madrid: Talasa.
- Alguacil, J, Camacho, J, Hernández Aja, A (2014). *La vulnerabilidad urbana en España. Identificación y evolución de los barrios vulnerables*. EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales, 27: 73-94. Recuperado en: http://oa.upm.es/37430/1/INVE_MEM_2014_195457.pdf
- Armengol, M, González, A y Hernández, JA (2003). *Propuesta metodológica para la realización de un proyecto urbano de evaluación externa: el caso de Jinámar*. Vegueta, 7: 266-286. Recuperado en: <http://revistavegueta.ulpgc.es/ojs/index.php/revistavegueta/article/view/242>
- Bang, C (2014) *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Psicoperspectivas, 13(2), 109-120. Recuperado en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/399/340>
- Barreiro, F (2012). *Los nuevos vecinos. Metropolitización, exclusión social y segregación urbana, en las ciudades europeas*. Boletín CF+S, 34: 45-53. Recuperado en: <http://polired.upm.es/index.php/boletincfs/article/viewFile/2315/2397>
- Bauman, Z (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Bauman, Z (2000). *Modernidad líquida*. México: Fondo de cultura económica, 2002.
- Bayón, C (2012). *El "lugar" de los pobres: espacio, representaciones sociales y estigmas en la ciudad de México*. Revista Mexicana de Sociología, 74(1): 133-166. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32123132005>

- Beck, U (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Becker, H (1963). *Outsiders. Hacia una Sociología de la Desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bellón, S (2015). *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. *Dilemata*, 19; 93-111.
- Benach, J, Muntaner, C (2005). *Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Venezuela: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”.
- Benach, J, Vergara, M, Muntaner, C (2008). *Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI*. *Papeles*, 105; 29-40.
- Bendit R, Stokes, D (2006). *Jóvenes en situación de desventaja social y las necesidades de una juventud vulnerable*. *Estudios de Juventud*, 65:11-29. Recuperado en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/tema7.pdf>
- Bermejo, JC, et al. (2011). *Humanización de la atención sanitaria. Importancia y significado en nuestra población de la Comunidad de Madrid*. *Revista Ética de los cuidados*, 4(8). Granada: Fundación Index. Recuperado en: <http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=3&url=/eticuidado/n8/et7673.php>
- Blanco, I. Rebollo, O (2002). *El Plan Comunitario de la Trinitat Nova (Barcelona): un referente de la planificación participativa local*. En *Gobiernos locales y redes participativas*, 8; 163-186. Barcelona: Ariel. Recuperado en: <http://www.puentegenil.es/uploads/Documentos/Areas/participacion/bibli3.pdf>
- Borrell, C, Pasarín, I (2004). *Desigualdad en salud y territorio urbano*. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1).
- Borrell, C, Artázcoz, L (2008). *Las políticas para disminuir las desigualdades en salud*. *Gaceta Sanitaria*, 22(5):465-73.

- Borrell, C, Díez, E, Morrison, J, Camprubí, L (2012). *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas*. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities; 2012. Recuperado en: http://www.diba.cat/documents/713456/10110839/Publicacio_EquitatSalutUrbana.pdf?version=1.0
- Bourdieu, P (1979). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P (1999). *La miseria del mundo*. Efectos de lugar. Madrid: Akal.
- Brunet, I, Pizzi, A y Valls, F (2013). *Condiciones de vida y construcción de identidades juveniles. El caso de los jóvenes pobres y excluidos en España*. Revista Mexicana de Sociología, 75 (4): 647-674. Recuperado en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rms/article/view/42271>
- Brunet, I, Pizzi, A (2013). *La delimitación sociológica de la juventud*. Última década, 38: 11-36. Recuperado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362013000100002
- Buck, C (1986). Después de Lalonde: Hacia la generación de salud. En: *Promoción de la salud: una antología*, p. 6-14. Washington DC: OPS/OMS. Recuperado en: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=promoci%C3%B3n+de+la+salud+una+antolog%C3%ADa
- Burgess, EW (1925). The growth of city: an introduction to a research project. En Park, R. E, Burgess E. W. y Mckenzie, R. D. *The city*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Canguilhem, G (1971). *Lo normal y lo patológico*. Argentina: Editorial Siglo XXI.
- Carmona, Z, Parra, D (2015). *Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano*. Revista científica Salud Uniorte, 31 (3). Recuperado en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/7685/8569>
- Casal et al. (2011). *Pasado y futuro del estudio sobre la transición de los jóvenes*. Papers, 96(4): 1139-1162. Recuperado en: <http://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862v96n4/02102862v96n4p1139.pdf>

Cassel, JC (1974) *Psiquiatric epidemiology*: En G. Caplan (ed), American handbook of psiquiatri. Vol II. New York: Basic Books.

Castel, R (1995). *De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso*. Archipiélago, 21; 27-36.

Castel, R (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Barcelona: Paidós.

Castiel, LD, Álvarez-Dardet, C (2007). *Salud persecutoria*. Rev Saúde Pública 41(3):461-466. Recuperado en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n3/6212.pdf>

Cockerham, W (1977). *Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving beyond Weber*. Sociol Quarterly, 38(2): 321-342.

Cobb, S (1976). *Social support as a moderator of life stress*. Psychosomatic Medicine, 38; 300-314. Recuperado en: https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cobb-PsychosomaticMed-1976.pdf

Comisión Europea (2013). *Health inequalities in the EU*. Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Commission Directorate-General for Health and Consumers. Recuperado en: http://ec.europa.eu/health//sites/health/files/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2012). *Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Gaceta Sanitaria, 26(2):182-189.

Chapela, MC (2007) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En Jarillo EC y Guinsberg E (editores). *Temas y desafíos en salud colectiva*, 14: 347-373. Argentina: Lugar Editorial. Recuperado en: http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf

Dahlgren, G, Whitehead, M (2006). *Concepts and principle for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Dinamarca: World Health Organization. Recuperado en: http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part2.pdf

- Dávila, O (2005), *Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes*. Última década, 21: 83-104. Recuperado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004
- Davis, M (2001). *Más allá de Blade Runner. Control urbano: la ecología del miedo*. Barcelona: Virus.
- Duhau, E (2013). *La división social del espacio metropolitano. Una propuesta de análisis*. Nueva Sociedad, 243; 79-91. Recuperado en: <http://nuso.org/articulo/la-division-social-del-espacio-metropolitano-una-propuesta-de-analisis/>
- Durán, A (2004). *Políticas y sistemas sanitarios*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Durkeim, E (1897). *El suicidio. Estudio de sociología*. Madrid: Akal, 1992. Recuperado en: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf
- Engels, F (1845). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Recuperado en: <https://docs.google.com/file/d/0B0coa-Ktz3dQendVWTdsd1duclU/view>
- Evans, RG et al. (1996) *¿Porqué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Fan, Y, Chen, Q (2012). *Family functioning as a mediator between neighborhood conditions and children's health: Evidence from a national survey in the United States*. Social Science & Medicine, 74 (12); 1939-1947.
- Fantova, F (2014). *Enfoque comunitario e innovación social*. A partir de una jornada de trabajo con Proyecto Hombre de Asturias. En el blog de Fernando Fantova. Recuperado en: http://fantova.net/?wpfb_dl=266
- Fantova, F (2013). *Comunidad, participación, salud y bienestar*. Notas para una conferencia en la III Jornada sobre Participación y Actividades Comunitarias en Salud.(Mieres, 21 de noviembre de 2013). En el blog de Fernando fantova. Recuperado en: <http://fantova.net/?p=329>
- Featherstone, M (2000). *Cultura de consumo y posmodernismo*. Buenos Aires: Amorrortu.

- FOESSA (2014). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España: Jóvenes, desigualdades y exclusión social*. Recuperado en: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/15102014151419_4914.pdf
- Foucault, M (1974). *Historia de la medicalización*. Educación médica y salud, 11 (1). Recuperado en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>
- Foucault, M (1976). *Vigilar y castigar*. México: Editorial Siglo XXI.
- FOMENTAS (2011). *Memoria evaluativa del proyecto "A.R.I. Las Remudas"*. Ayuntamiento de Telde. Datos sin publicar.
- FOMENTAS (2013). *Plan de actuación, inversión y financiación 2014*. Ayuntamiento de Telde. Recuperado en: <http://www.telde.es/opencms/export/sites/telde/images/docs/hacienda/06-fomentas.pdf>
- Gervás, J, Pérez, M (2013). *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)*. Barcelona: Los libros del lince.
- Giddens, A (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.
- Giraldi, M, Hennart, M, De Boevé, E (Coords.) (2008). *Guía internacional sobre la metodología de la educación de calle en el mundo*. Bélgica: Dynamo Internacional. Recuperado en: <http://www.noticiaspsh.org/IMG/pdf/Guide2008ESP.pdf>
- Gobierno de Aragón. Aragón participa [en línea]. Zaragoza (2006). *Barrio Oliver de Zaragoza: participar para crear. Crear para transformar*. Disponible en: <http://www.aragonparticipa.es/barrio-oliver-de-zaragoza-participar-para-crear-crear-para-transformar>
- Gobierno del Principado de Asturias (2011). Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Dirección General de Salud Pública y Participación. Documento Marco: *Propuestas para la participación ciudadana en salud en Asturias*. Gijón: Área de Promoción de la Salud y Participación. Recuperado en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Participaci%C3%B3n%20ciudadana/DOCUMENTO%20MARCO_PCS.pdf
- Goffman, E (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- González-Rábago, Y, Martín, U (2016). *Desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en el País Vasco: ¿herencia de las desigualdades en salud?* Comunicación presentada en XII Congreso Español de Sociología: “Grandes transformaciones sociales, nuevos desafíos para la sociología”. Gijón, España. Recuperado en: <http://www.fes-sociologia.com/files/congress/12/papers/4091.pdf>
- Halbwachs, M (2004). *Chicago, experiencia étnica*. REIS, 108; 215-253. Recuperado en: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_108_111168257846046.pdf
- Heidegger, M (1994). *Construir, habitar, pensar*. Traducción de Eustaquio Barjau, en Conferencias y artículos. Barcelona: Serbal. Recuperado en: http://www.heideggeriana.com.ar/textos/construir_habitar_pensar.htm
- Hernández-Aguado, I, Santolaya, M, Campos, P (2012). *Las desigualdades sociales en salud y la Atención Primaria*. Informe SESPAS, 2012. Gaceta Sanitaria, 26 Supl 1:6-13.
- Hernansanz, F, Gervás, J, Clavería, A (2012). *Conclusiones y recomendaciones. Informe SESPAS 2012*. La refundación de la Atención Primaria. Gaceta Sanitaria, 26(Supl):162-164.
- Illich, I (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Seix Barral editores.
- Irigoyen, J (2004). *Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista*. Comunidad, 7; 73-79. Recuperado en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/7/documentos_perspectiva.pdf
- Irigoyen, J (2011). *La reestructuración de la profesión médica*. Revista Política y Sociedad 48 (2): 277-293. Recuperado en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/36636/35476>
- Irigoyen, J (2013). *Derivas diabéticas*. Victor Montori en la tangente de las vidas de los enfermos [entrada de blog]. En: Tránsitos intrusos. 28 de abril 2013 [acceso 23 de mayo de 2016]. <http://www.juanirigoyen.es/2013/05/derivas-diabeticas-victor-montori-en-la.html>
- Kawachi, I, Berkman, LB (2001). *Residential Segregation and Health*. Oxford University Press.

- Kessler, G (2012). *Las consecuencias de la estigmatización territorial. Reflexiones a partir de un caso particular*. Espacios en blanco, 22:165-198. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=384539804007>
- Kessler, G, Dimarco, S (2013). *Jóvenes, policía y estigmatización territorial en la periferia de Buenos Aires*. Espacio Abierto, 2(22):221-243. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12226914003>
- Lefebvre, H (1978): *El derecho a la ciudad*. Barcelona: Ediciones Península.
- Link, B, Phelan, J (2001). *Conceptualizing stigma*. Annu. Rev. Sociol. 27: 363-85. Recuperado en: https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Link-AnnualReview-2001.pdf
- López Álvarez, P (2010). Biopolítica, liberalismo y neoliberalismo: acción política y gestión de la vida en el último Foucault. En: Arribas, Cano, Ugarte (coords.). *Hacer vivir, dejar morir. Biopolítica y capitalismo*. Madrid, CSIC: La Catarata: 39-61. Recuperado en: <http://eprints.ucm.es/14099/>
- López Moreno, S, et al. (2011). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En Chapela y Contreras (coords.). *La salud en México* (pp. 51-90). México: UAM Xochimilco. Recuperado en: https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Lopez-Moreno/publication/272478775_Concepciones_sobre_la_salud_la_enfermedad_y_el_cuerpo_en_los_siglos_XIX_y_XX_En_Chapela_y_Contreras_coordinadas_La_salud_en_Mexico_Coleccion_commemorativa_de_las_revoluciones_centenarias_Universidad/links/54e4c9df0cf276cec1723dc8.pdf
- Marchioni, M (1999). *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Editorial Popular.
- Marchioni, M (2002). Organización y desarrollo de la comunidad: la intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales. En: *Programas de animación sociocultural*, M^a Luisa Sarrate (coord.): 455-482.
- Marchioni, M (2014). *De las comunidades y lo comunitario*. Revista Espacios Transnacionales, 3; 112-118. Recuperado en: <http://espaciostransnacionales.org/wp-content/uploads/2015/03/8-De-las-comunidades.pdf>

- Marmot, M et al. (2012). *WHO European review of social determinants of health and the health divide*. The Lancet 380:1011-1029. Recuperado en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)61228-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)61228-8.pdf)
- Márquez, S, Meneu, A (2003). *La medicalización de la vida y sus protagonistas*. Gestión clínica y sanitaria 5(2): 47-53. Recuperado en: <https://pss17.files.wordpress.com/2009/01/medicalizdf.pdf>
- Márquez, S (2016). *Las prioridades en las políticas de salud*. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, 36: 43-48. Recuperado en: <http://www.esteve.org/?wpdmact=process&did=MTUyMC5ob3RsaW5r>
- Martín Criado, E (2009). “*Habitus*”. En Román Reyes (Dir.): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social*. Tomo 1/2/3/4. Madrid-México: Ed. Plaza y Valdés.
- Martínez, ML, Guevel, CG (2014). *Desigualdades sociales en la mortalidad por cáncer de cuello de útero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999-2003 y 2004-2006*. Salud colectiva, 9 (2): 169-182. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000200004
- Martínez Cía, N, Ruiz-Callado, R (2015). *Promoción de salud para la generación de entornos saludables en un barrio vulnerable: el caso de Las Remudas, Gran Canaria*. Enfermería Comunitaria (rev. Digital) 11(1). Recuperado en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v11n1/ec9848.php>
- Mechanic, D (1979). *The Stability of Health and Illness Behavior: Results from a 16-Year Follow-Up*. AJPH, 69 (11). Recuperado en: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.69.11.1142>
- Melendro, M (2012). *Nuevas tendencias en intervención socioeducativa con adolescentes y jóvenes en dificultad social*. En: M^a Carmen Ortega Navas (coord). *El valor de la educación*; 595-610. Madrid: Universitas.
- Melián, P (2012). *Delincuencia juvenil en Canarias. Análisis de las estadísticas oficiales 2000-2009*. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología. Boletín Criminológico, 135:1-4. Recuperado en: http://www.boletincriminologico.uma.es/boletines/bibliografia/biblio_135.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid. Recuperado en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf

Montaner, I, Foz, G, Pasarín, MI (2012). *La salud ¿un asunto individual...?*. Actualización en Medicina de Familia, 8(7):374-382.

Navarro, V (ed) (2004). *The political and social contexts of health*. Amityville: Baywood Publishing.

Oña, JM (2011). *Efectos y resultados de un proyecto de educación de calle con jóvenes en riesgo de exclusión social*. Documentación social, 160:233-262. Recuperado en: <http://docplayer.es/19907377-Efectos-y-resultados-de-un-proyecto-de-educacion-de-calle-con-jovenes-en-riesgo-de-exclusion-social.html>

Organización de las Naciones Unidas (2003). Departamento de asuntos económicos y sociales. *Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos*. Nueva York: United Nations Publications.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe sobre la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud*. Serie "Salud para todos". Alma-Ata (URSS). Recuperado en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>

OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

OMS (1991). *Declaración de Sundsvall sobre ambientes favorables a la salud*. Recuperado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59967/1/WHO_HED_92.1_spa.pdf

- OMS (1998). Promoción de la salud. *Glosario*. Ginebra (Suiza): OMS. Recuperado en:
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo. *La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*. Ginebra (Suiza): OMS. Recuperado en:
<http://www.who.int/whr/2008/es/>
- OMS (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los Determinantes Sociales de La Salud. Todos por la equidad*. Brasil: OMS. Recuperado en:
http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- OMS (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhague (Dinamarca): OMS. :
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de Salud (2007). *Guía de Evaluación Económica en Promoción de Salud*. OPS-OMS: Washington. Recuperado en:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/EvalEcoProm.pdf>
- Park, RE (1999). *La ciudad y otros ensayos de ecología urbana* (Traducción Emilio Martínez). Barcelona: Del Serbal.
- Parrilla, A, Gallego, C, Morín, A (2010). *El complicado tránsito a la vida activa de jóvenes en riesgo de exclusión: una perspectiva biográfica*. Revista de Educación, 35; 211-233. Recuperado en:
http://www.revistaeducacion.educacion.es/re351/re351_09.pdf
- Parsons, T (1951). *El Sistema Social*. Madrid: Alianza editorial.
- Pasqualini, D, Llorens, A (Comp.) (2010). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Pérez-Hernández, B et al. (2017). *Desigualdades sociales en los factores de riesgo cardiovascular de los adultos mayores de España: estudio ENRICA-Seniors*. Revista Española de Cardiología, 3 (70): 145-154. Recuperado en:
<http://www.revespcardiol.org/es/desigualdades-sociales-los-factores-deriesgo/articulo/90460650/>

- Pinilla, J, Martínez, N, et al. (2013). *Estudio transversal sobre la salud y hábitos de vida de la población de La Pardilla y Las Remudas 2012-2013*. Trabajo sin publicar. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Grupo Técnico de Coordinación Las Remudas-La Pardilla.
- Putnam, R (1993). *The prosperous community, politics? Social theory and the social capital Social capital and public life*. The American Prospect, 4, (13): 35-42. Citado en: Urteaga, Eguzki (2013). *La teoría del capital social de Robert Putnam: Originalidad y carencias*. Reflexión Política, 15 (29): 44-60.
- Puyol, A (2014). *¿Quién es el guardián de nuestra propia salud?. Responsabilidad individual y social por la salud*. Rev. Esp. Salud Pública, 88 (5): 569-580.
- Rajmil, L, Starfield, B (2010). Desigualdades en salud infantil. *Hacia la equidad en salud*. Borrador para discusión en la Conferencia de Expertos del 21 de Abril de 2010. Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud, pp. 36-40. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf
- Regidor, E (coord) et al. (2002). *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Resende, S (2008). *Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria*. Revista Salud Colectiva 4(3): 335-341. Recuperado en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a06.pdf>
- Rodríguez, JA (1981). *El poder médico desde la sociología*. REIS, 81; 92-112.
- Rodríguez-Sanz, M, Carrillo, P, Borrell, C (2006). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de salud de la mujer. Recuperado en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf
- Ruiz-Callado, R, Martínez Cía, N (2017). *Transición a la edad adulta en jóvenes vulnerables. Efectos de una intervención sociocomunitaria en el barrio de Las Remudas, Gran Canaria, España*. Enfermería Global, 48.

- Sabatini, F (2002). *La segregación de los pobres en las ciudades: un tema crítico para Chile*. CIS, 1: 18-23. Recuperado en: <http://www.techo.org/paises/chile/wp-content/uploads/2016/08/CIS1-5-La-segregaci%C3%B3n-de-los-pobres-en-las-ciudades-un-tema-cr%C3%ADtico-para-Chile-Fco.-Sabatini.pdf>
- Santana, A, et al. (2005). *Dos barrios hablan. Las Remudas y La Pardilla*. Las Palmas de Gran Canaria: Tapizca, 2005. Accesible en: https://issuu.com/procesoelpatio/docs/dos_barrios_hablan_la_remudas_y_la_pardilla
- Santana, A, et al. (2009). Proceso El Patio. En: *Buenas prácticas de intervención social con jóvenes en ámbitos de diversidad social y cultural*. Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda, 2010; 19-59. Recuperado en: http://www.juventudcanaria.com/opencms8/export/sites/juventudcanaria/multimedia/documentos/programas/publicaciones/buenas_practicas.pdf
- Sarría, A, Villar, F (Eds.)(2014). *Promoción de la salud en la comunidad*. Madrid: UNED.
- Santibañez, R, Martínez, A (coords) (2013). *Intervención comunitaria con adolescentes y familias en riesgo*. Barcelona: Graó.
- Saraví, A (2009). *Transiciones vulnerables, juventud, desigualdad y exclusión en México*. México D.F.: CIESAS.
- Segura del Pozo, J (2014). *Las desigualdades sociales en salud. Un reto para las políticas públicas*. Zerbitzuan, 55; 47-63.
- Sempere, JD, Cutillas, E (2009). *Parque Ansaldo, evolución e involución de un barrio marginal en San Juan de Alicante (España)*. AREAS. Revista Internacional de Ciencias Sociales, 28. Migraciones internacionales, contextos y dinámicas territoriales: 119-131. Recuperado en: <http://revistas.um.es/areas/article/view/118791/112071>
- Sennett, R (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.
- Sennett, R (2012). *Juntos. Rituales, placeres y política de cooperación*. Barcelona: Anagrama.

- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria [SEMFyC]- Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria [PACAP] (2008). *Situación de las actividades comunitarias en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>
- Solar O, Irwin, A (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra (Suiza): OMS. Recuperado en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Úcar, X, Segarra, J, Mas, Ll (2008). *Investigación participativa para crear un plan de juventud en una comunidad local*. RES, 39:91-112 Recuperado en: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/175773/37154>
- Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES), 2000. *La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Configurando la Salud Pública en la Nueva Europa*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_1.pdf
https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf
- Urbanos, R (29 de noviembre de 2012). *El determinante contextual: capital social y relaciones con el entorno*. [Archivo de video]. En Conferencia Debate: Salud, riqueza y estilos de vida. Fundación Ramón Areces, Madrid. Recuperado en: <http://www.fundacionareces.tv/watch/saludyriqueza?as=50bc1a91c31997b96e130000>
- Valls-Llobet, C (2009). *Mujeres, salud y poder*. Barcelona: Cátedra Ediciones.
- Vega, FJ, et al. (2005). *Escuela y comunidad: Una experiencia de desarrollo comunitario*. Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado, 1 (9). Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5297149>
- Villasante, T, Alguacil, J, Hernández, A, et al. (1989). *Retrato de chabolista con piso*. Madrid: Instituto de la Vivienda.

- Wacquant, L (2009). *La estigmatización territorial en la edad de la marginalidad avanzada*. Renglones, 60: 16-22. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/938/93843301.pdf>
- Wacquant, L (2013). *Tres premisas nocivas en el estudio del gueto norteamericano*. Invi, 28: 165-187. Recuperado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-83582013000300006
- Weber, M (1922). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. Cap. 8. División del poder en la comunidad: clases, estamentos, partidos. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wilkinson, R, Marmot, M (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Ginebra (Suiza): OMS. Recuperado en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>
- Wilkinson, R, Pickett, C (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Ed. Turner.
- Wirth, L (1927). *The Ghetto*. Phoenix: The University of Chicago Press.