

Editorial

Estrategias salutogénicas para la regeneración de barrios degradados

Salutogenic strategies for the regeneration of degraded neighborhoods



En todas las ciudades podemos encontrar zonas degradadas. La mayoría son el resultado de procesos de exclusión urbana, mediante los que las personas residentes pierden la esperanza de una movilidad social ascendente y viven con el miedo a un empeoramiento de sus condiciones de vida. A este malestar, que combina vulnerabilidades sociales y residenciales, lo conocemos como vulnerabilidad urbana¹. La coincidencia de estos factores en la misma zona se debe al fenómeno de la segregación espacial, provocado por la disparidad en los precios de las viviendas en función de su localización².

La vulnerabilidad social resulta de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente y expresa la incapacidad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos. Comprende aspectos demográficos, como el envejecimiento, el cambio en el tipo de los hogares o los problemas de integración derivados de fenómenos migratorios; también aspectos económicos, como el desempleo, la precariedad laboral o los bajos niveles formativos³.

La vulnerabilidad residencial afecta tanto a las viviendas como al entorno vecinal, en el que se desarrolla gran parte de la vida social. La infravivienda sería su máxima expresión, entendida como una falta de condiciones dignas de habitabilidad, ya sea por el mal estado de conservación de los edificios, el hacinamiento o la falta de instalaciones básicas. Otros aspectos que contribuyen a la vulnerabilidad son las percepciones subjetivas, afectadas por la presencia de ruidos exteriores, contaminación, malos olores, delincuencia, vandalismo, falta de comunicaciones con el resto de la ciudad o ausencia de zonas verdes⁴.

En función de la presencia de uno o varios de estos factores, podemos encontrar zonas de monovulnerabilidad, polivulnerabilidad y vulnerabilidad integral⁵. La combinación de estas múltiples dimensiones de desventaja forma sistemas complejos adaptativos⁶, que maximizan el impacto negativo del conjunto de determinantes de la salud en las personas residentes⁷.

Pongamos como ejemplo el círculo vicioso relativo a la vivienda. La presencia de humedades, la falta de recursos para poder mantener una temperatura adecuada o la escasa luz natural aumentan el riesgo de problemas respiratorios, dificultades para conciliar el sueño o la aparición de trastornos musculoesqueléticos⁸. Además, la situación residencial tiene una incidencia determinante en la salud mental y condiciona la disposición de las redes sociales de apoyo^{9,10}. Estos factores aumentan la vulnerabilidad social¹¹ y debilitan la capacidad para afrontar problemas, como la degradación de la vivienda.

Para poder valorar la evolución de la vulnerabilidad urbana en nuestro país, contamos con observatorios públicos que analizan los censos poblacionales y de vivienda. Según el Observatorio de la Vulnerabilidad Urbana, España cuenta con 918 áreas en situación de vulnerabilidad, habitadas por 6,7 millones de personas¹². También algunas comunidades autónomas cuentan con observatorios propios. En el caso de la Generalitat Valenciana, el Visor de Espacios Urbanos Sensibles (VEUS) muestra 309 áreas en situación de

vulnerabilidad integral, habitadas por 408.716 personas, especialmente en las provincias de Alicante (59%) y Valencia (37%)¹³.

El impacto en el bienestar que provocan la vulnerabilidad urbana y las desigualdades asociadas nos permiten afirmar que nos encontramos ante un grave problema de salud pública. En estas áreas se concentran la privación material y los peores indicadores de salud, así que sus comunidades podrían ser la población diana de intervenciones para reducir desigualdades¹⁴. Para hacer avanzar la justicia social es necesario un desarrollo humano desde el enfoque de equidad en la salud¹⁵, trabajar de forma activa a escala barrial, junto a los vecindarios, y favorecer la aparición de soluciones de dentro afuera.

Con el término «vulnerable» nos referimos a la fragilidad potencial que requiere una protección. Sin embargo, el término «vulnerado» evoca situaciones de daño efectivo que requieren acciones afirmativas y reparadoras¹⁶. Si nuestro propósito es combatir el impacto de la vulnerabilidad urbana, tenemos que empezar a hablar de «barrios vulnerados», y afrontar este reto desde una perspectiva transdisciplinaria¹⁷ e intersectorial. Esta situación de «marginalidad» que experimentan quienes se encuentran sobre el límite entre dos culturas y sociedades contribuye a la aparición de individuos particularmente adaptables y creativos, bien posicionados para convertirse en líderes del cambio cultural¹⁸.

Para precipitar el cambio, los procesos participativos nos brindan una doble oportunidad: por un lado, son momentos en los que trabajar la salud comunitaria; por el otro, sirven como herramienta para diseñar entornos promotores del bienestar¹⁹. Además de aportar algo y de recibir algo, la persona o el grupo que participa en el proceso puede llegar a sentir que forma parte de algo. Este es el triple efecto de la participación democrática²⁰.

Durante los últimos años se han llevado a cabo proyectos innovadores para responder a estas situaciones. Se denomina «proyectos de regeneración de barrios» a las actuaciones que combinan rehabilitación de viviendas, renovación urbana y programas sociales y de reactivación económica. En las experiencias de éxito, se identifican como aspectos innovadores transversales los siguientes elementos: la participación ciudadana, el trabajo comunitario desde el interior de los barrios, la dinamización de trámites burocráticos y la colaboración de diferentes agentes a diversas escalas²¹.

Un ejemplo de este tipo de experiencias es la que se desarrolla, desde 2017, por parte de dos entidades sin ánimo de lucro, la asociación *Quatorze* y *Arquitectura Sin Fronteras*, que colaboran para diseñar e implementar el *Programa Asertos*, promoviendo una regeneración participativa de entornos vulnerados. A través de un proyecto piloto en la barriada alicantina del Cementerio se están experimentando procesos para invertir la exclusión urbana y generar sistemas de inclusión integral que sean sostenibles a largo plazo, tal como se representa en la *figura 1*. Tras varios años de colaboración, validando y adaptando metodologías de trabajo, las entidades ven la necesidad de crear *Celestina Urbana*, una cooperativa

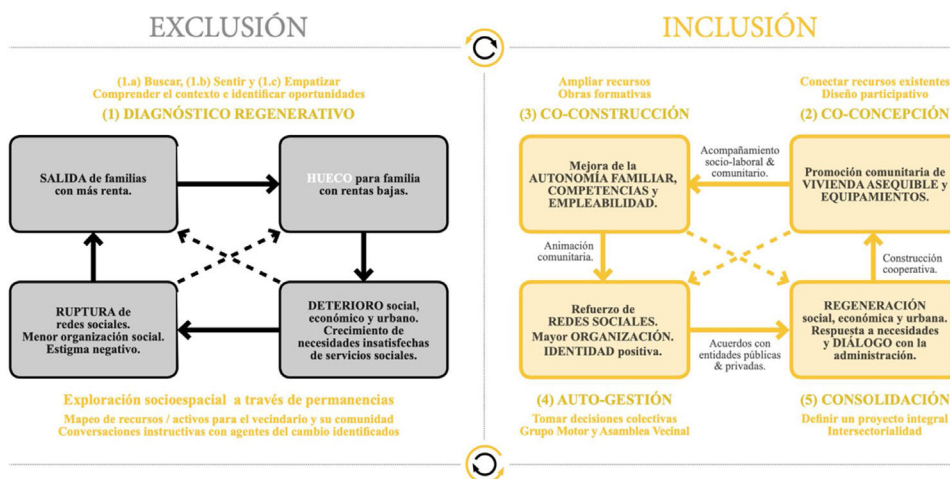


Figura 1. Inversión de la exclusión a la inclusión urbana. (Elaboración propia a partir de ref. 4.).

polivalente de vivienda, personas usuarias e integración social, para una promoción inmobiliaria solidaria.

El Departamento de Salud Pública de la Universidad de Alicante acompaña el estudio de caso, dando forma a un proyecto de investigación-acción participativa a través del cual se van aplicando nociones de promoción de la salud al marco teórico y al trabajo de campo. Siguiendo el principio de «salud en todas las políticas», la estrategia de regeneración urbana adopta modelos de promoción de la salud basada en activos, generando entornos que favorecen que las personas puedan tomar decisiones saludables y sean reforzadas para actuar sobre sus determinantes de la salud²².

La salutogénesis nos facilita reemplazar el enfoque de déficit por un modelo positivo orientado a la creación de bienestar. Según esta teoría, los individuos y las comunidades gestionan sus recursos generales de resistencia, sociales y materiales, en función de su sentido de coherencia. Este indicador mide la capacidad de individuos y comunidades de manejar, comprender y dar sentido a sus realidades²³. Las intervenciones que siguen el modelo salutogénico han demostrado su impacto, especialmente cuando cuentan con un carácter colectivo e intersectorial²⁴.

Por otra parte, el desarrollo comunitario basado en activos se entiende como un liderazgo ciudadano en un territorio concreto, consciente de sus recursos, centrado en sus relaciones y con foco en la inclusión. Mediante acciones afirmativas se hace visible lo invisible, un mapeo de activos que identifica personas conectoras, generando momentos de intercambio, manteniendo conversaciones instructivas y ayudando en la construcción progresiva de relatos²⁵.

La combinación de ambas propuestas a través de un modelo sinérgico nos permite orientar a la acción la teoría salutogénica. Mediante el sentido de coherencia podemos monitorear el impacto en las personas implicadas y evaluar su capacidad de movilizar recursos generales de resistencia y ponerlos a disposición como activos para el desarrollo de la comunidad²⁶ y para la regeneración urbana. De forma complementaria, la teoría del capital social ofrece una lectura interesante de las relaciones entre la ciudadanía, valorando el respeto mutuo, las identidades sociales y los niveles de poder o autoridad²⁷.

Podemos aplicar estas prácticas al análisis, el diseño y la planificación, creando momentos asamblearios para la toma de decisiones colectiva; o también a las obras de rehabilitación, proponiendo momentos de formación activa y de inserción laboral. Combinando un trabajo por proyectos con un acompañamiento sociolaboral y comunitario, planteamos la mejora inmediata de entornos vulnerados a partir de los recursos existentes. Al construir sobre estos

activos, optimizamos los medios económicos y materiales, reforzamos la cohesión social y avanzamos hacia la sostenibilidad integral del proceso de regeneración.

Estas propuestas pretenden precipitar la formación de comunidades fuertes y cohesionadas, que promuevan el buen vivir, aseguren bienestar y gestionen sus cuidados²⁸. Es fundamental un contacto mantenido con instituciones públicas, privadas, sociales y universitarias que esté basado en un interés recíproco²⁹. Los resultados de estas colaboraciones pueden ser actividades, eventos o transformaciones urbanas; lo importante es que supongan oportunidades para tender y reforzar relaciones, implementando formas de organización innovadoras.

En proyectos inclusivos, la gestión debe formar parte del diseño participado. Para conservar un recurso de uso común es importante, entre otras cosas, definir de forma colectiva los límites y las alianzas, crear reglas coherentes y formas de supervisión, y acordar la resolución de conflictos³⁰. Los modelos cooperativos ofrecen escenarios muy interesantes para proyectar estas dinámicas a largo plazo. Creemos que es posible una regeneración participativa de barrios vulnerados, y estamos convencidos de que, para mejorar el mundo, tenemos que pensarlo a escala local.

Contribuciones de autoría

D. Millor Vela ha realizado el análisis y la redacción del manuscrito, vinculado al trabajo de campo desempeñado personalmente junto a las entidades Quatorze, Arquitectura Sin Fronteras España y G.R.A.M.A.

Agradecimientos

Al vecindario del Barrio Cementerio por su confianza y capacidad de trabajo en equipo. Al equipo Asertos, por todo el tiempo, la paciencia y el esfuerzo para llevar a cabo el trabajo de campo. A Jorge Marcos Marcos y a José Ramón Martínez Riera, por sus correcciones y consejos.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Alguacil Gómez J. Barrios desfavorecidos: un diagnóstico de la situación española. Madrid: FUHEM;; 2006.
2. Alguacil Gómez EDISJ, Camacho Gutiérrez J. Las condiciones de vida de la población pobre desde la perspectiva territorial Pobreza y territorio. Madrid: FOESSA y Cáritas; 2004.
3. Pizarro R. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL. Div. de Estadística y Proyecciones Económicas;. 2001.
4. Alguacil Gómez J, Camacho Gutiérrez J. La vulnerabilidad urbana en España. Identificación y evolución de los barrios vulnerables. *Empiria. Rev Metodol Cienc Soc.* 2014;27:73–94.
5. Temes RR. Valoración de la vulnerabilidad integral en las áreas residenciales de Madrid. *EURE.* 2014;40:119–49.
6. Toro-Palacio LF, Ochoa-Jaramillo FL. Salud: un sistema complejo adaptativo. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31:161–5.
7. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health: the solid facts. WHO. 2005. Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.
8. Ubrich T. Cuando la casa nos enferma. La vivienda como cuestión de salud pública. Madrid: Provivienda;; 2018. Disponible en: <https://www.provivienda.org/wp-content/uploads/INFORME-CUANDO-LA-CASA-NOS-ENFERMA-1.pdf>.
9. Asociación Provivienda. Cuando la casa nos enferma 2. Impactos en el bienestar social y emocional. Madrid: Provivienda; 2019. Disponible en: <https://www.provivienda.org/wp-content/uploads/Informe-Cuando-la-casa-nos-enferma-II.pdf>.
10. Martínez Goytre E, Brey E, Cáceres Arévalo P, et al. Cuando la casa nos enferma 3. Redes de apoyo en tiempo de crisis. Madrid: Provivienda; 2020.
11. Arteaga Botello N. Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. *Sociológica.* 2008;25:151–75.
12. Hernández Aja A, Rodríguez Alonso R, Rodríguez Suárez I, et al. Barrios vulnerables de las grandes ciudades españolas 1991/2001/2011. Madrid: Instituto Juan de Herrera;; 2018.
13. Azcárraga Monzonís E. coordinadora. Resumen: Visor de Espacios Urbanos Sensibles de la Comunitat Valenciana (VEUS). Valencia: Generalitat Valenciana; 2020. Disponible en: <https://descargas.five.es/calab/Resumen%20VEUS2020.pdf>.
14. Borrell C, Pasarín MI. Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gac Sanit.* 2004;18:1–4.
15. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11:302–9.
16. Morais TCA, Monteiro PS. Los conceptos de vulnerabilidad humana y la integridad individual para la bioética. *Rev Bioet.* 2017;25:311–9.
17. Max-Neef MA. Fundamentos de la transdisciplinariedad. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2004.
18. Cuhe D. El hombre marginal: una tradición conceptual que debe ser considerada de nuevo para pensar el individuo en diáspora. *REMI.* 2009:13–31.
19. Galarraga P, Vives M, Cabrera-Manzano D, et al. La incorporación de la salud comunitaria en la planificación y la transformación del entorno urbano. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32 Supl 1:74–81.
20. Zask J. Participer. Essai sur les formes démocratiques de la participation. Lormont: Le Bord de l'Eau; 2012.
21. Hernández Aja A, Córdoba Hernández R, coordinadores. Fórmulas Innovadoras de Gestión y Financiación en Acciones de Regeneración de Barrios. Madrid: Instituto Juan Herrera;; 2018. Disponible en: https://oa.upm.es/54607/1/1_Formulas%20innovadoras.pdf.
22. Hernández-Quevedo C, Peiró R, Villalbí JR. La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica Informe SESPAS 2016. *Gac Sanit.* 2016;30 Supl 1:1–2.
23. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11:11–8.
24. Suárez Álvarez OS, Ruiz-Cantero MT, Cassetti V, et al. Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gac Sanit.* 2021;35:488–94.
25. Russell C. Asset Based Community Development (ABCD): looking back to look forward: in conversation with John McKnight about the intellectual and practical heritage of ABCD and its place in the world today. 2015.
26. Pérez-Wilson P, Marcos-Marcos J, Morgan A, et al. 'A synergy model of health': an integration of salutogenesis and the health assets model. *Health Promot Int.* 2020;36:884–94.
27. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol.* 2004;33:650–67.
28. Cárcamo SN. Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos. Buenos Aires: FEDUN; 2021.
29. Russell C. Rekindling democracy: a professional's guide to working in citizen space. Abundant community. Eugene, OR: CascadeBooks; 2020.
30. Ostrom E. Governing the commons: the evolution of institutions for collective action. New York: Cambridge University Press; 1990.

Daniel Millor Vela^{a,b}

^a Universidad de Alicante, Alicante, España

^b Asociación Quatorze, París, Francia

Correo electrónico: daniel.millor@quatorze.cc