



UNIVERSITAT D'ANDORRA

Programa de doctorat de la Universitat d'Andorra

La universitat com a entorn promotor de la salut

Pol Comellas Sáenz

Direcció: Dra. Dolors Juvinyà Canal i Dra. Sara Esqué Boldú
Identificador: TD-126-110608/202502
Data de defensa: 20 de maig de 2025

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (*framing*). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading nor the availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (*framing*). These rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author



Tesi Doctoral

La universitat com a entorn promotor de la salut

The University as a Health-Promoting Setting

Pol Comellas Sáenz

Directores

Dra. Sara Esqué Boldú

Dra. Dolors Juvinyà Canal

Sant Julià de Lòria, 2025

No estic trist, visc en un país deprimít

Agraïments

Podria enumerar un reguitzell d'ànimes a qui agrair la seva presència durant aquest període vital. No obstant, tractaré de ser el més precís però indeterminat per no desplaçar a ningú de les consideracions enunciades. En primer lloc, vull agrair a la Universitat d'Andorra i als membres del Grup de Recerca en Ciències de la Salut la possibilitat de comptar amb la meva innocència durant aquest trienni. Aquest estudi ha estat finançat íntegrament per la Universitat d'Andorra sota el número de registre [AD02-UdA-2022/2025].

En segon lloc, vull reconèixer la tasca desenvolupada durant tot el procés per les dues directores de tesi, la Dra. Sara Esqué Boldú, de la Universitat d'Andorra, i la Dra. Dolors Juvinyà Canal, de la Universitat de Girona. Elles m'han ensenyat que menys, en alguna ocasió pot ser més. Dins d'aquest primer grup també m'agradaria incloure les diferents personalitats de la Universitat amb les qui he tingut el plaer de compartir instants, àpats, converses, o simplement espais; el pitjor amic de l'home és la soledat.

Recuperant la correspondència esmentada en l'epígraf primer, gràcies a l'ajut de mobilitat atorgada per la pròpia UdA vaig gaudir del privilegi de veure món i treballar al Centre Col·laborador de l'Organització Panamericana de la Salut afiliat a la Universitat de Puerto Rico, al país homònim durant un període de tres mesos. Durant la meva residència en aquesta institució vaig tenir el plaer de conversar i compartir moments rellevants amb personalitats que m'han nodrit i estimulat a mirar sempre endavant. Gràcies al Dr. Hiram Arroyo, per creure en les meves reflexions, *“por dejarme soltar bombas en los momentos menos adecuados y hacer la de Houdini en direcciones contrarias”*.

Finalment, m'agradaria concloure aquest apartat nomenant a la meva família, *per se*, i dues amistats que d'imprevisibles han acabat essent reals. Gràcies Ado, per la companyia a la peixera i els cafès tallats a la plaça. Gràcies Dra. Gòmez, per les passejades infinites.

Amb tot, aquesta tesi no hagués estat possible sense la voluntat incondicional de totes i cada una de les universitats de la Xarxa Vives i els participants als diferents estudis que de manera altruista, en algun moment de la seva jornada van decidir compartir les seves impressions amb un servidor.

En el supòsit que m'hagi deixat algú i es senti per al·ludit, li demano que em disculpi, car no era la meva intenció.

Publicacions

Articles de revista

- Sáenz, C., Boldú, E., & Canal, J. (2025). Health promoting universities: A scoping review. *Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 36(2), e939. <https://doi.org/10.1002/hpja.939>
- Comellas, P., Juvinyà-Canal, D., & Esqué-Boldú, S. (2024). Analyzing the Implementation of the Health Promoting University framework in different contexts: A cluster Analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*. REBEn-2024-0130 (Revisió en curs)

Congressos internacionals

- Comellas, P. (2023, 3-4 de febrero). The University as Health Promoting Setting: A study case between theory and practice [Pòster]. Encontro Nacional de Jovens Investigadores em Educação: Desafios atuais na investigação em educação. Agendas Emergentes. Porto, Portugal. ISBN 978989-8471-49-9
- Comellas, P., Esqué-Boldú., & Juvinyà-Canal, D. (2024, 27-28 de febrer). *Visibilización de las políticas públicas saludables en las universidades de la Xarxa Vives d'Universitats [conferència]*. IV Simposio Mediterráneo de Promoción de la Salud, Girona, Espanya.
- Comellas, P., Juvinyà-Canal, D., Esqué-Boldú, S. (2024, 17-18 de juny). *How can a university become a Health Promoting University? The study case of Xarxa Vives Network* [pòster]. 12th IUHPE European Conference on Health Promotion, Lodz, Polònia.

Llistat d'abreviatures

ADE	Administració i Direcció d'Empreses
CASS	Caixa Andorrana de Seguretat Social
CBPR	Community-Based Participatory Research
CDSS	Comissió dels Determinants Socials de la Salut
CRUE	Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas
DSS	Determinants Socials de la Salut
EEES	Espai Europeu d'Ensenyament Superior
HPF	Health Promotion Faculty
HPU	Health Promoting University
HCA	Hierarchical Cluster Analysis
MAS	Models d'Actius en Salut
MCA	Multiple Component Analysis
ODPHP	Oficina Nacional per a la Prevenció de Malalties i Promoció de la Salut
ODS	Objectius de desenvolupament sostenible
OHD	Organisational Health Development
OMS	Organització Mundial de la Salut
OPS / PAHO	Organització Panamericana de la Salut
REUS	Red Española de Universidades Saludables
RIUPS	Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud
RSPH	Royal Society for Public Health
SAAS	Servei Andorrà d'Atenció Sanitària
SAEP	Servei d'Acompanyament a l'Estudiant i al Personal
SIDA	Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida
SOC	Sense of Coherence

SOC	Servei d'Orientació i Coaching
STP	Salut en Totes les Polítiques
UCLan	University of Central Lancaster
UdA	Universitat d'Andorra
UIB	Universitat de les Illes Balears
UPS	Universitat Promotora de la Salut
URJC	Universidad Rey Juan Carlos
US.cat	Xarxa Catalana d'Universitats Saludables
VIH	Virus de la Immunodeficiència Humana
XV	Xarxa Vives
XVU	Xarxa Vives d'Universitats

Índex general

Agraïments	IV
Publicacions	V
Llistat d'abreviatures	VI
Índex general	VIII
Índex de taules	XI
Índex de figures	XII
Resum	XIII
Abstract	XIV
Introducció	1
Primera part. Plantejament teòric	7
Capítol I. Antecedents històrics sobre la Promoció de la Salut i el Moviment d'Universitats Promotores de la Salut	7
Alguns aclariments preliminars	8
1.1. Breu mirada històrica als orígens de la Promoció de la Salut	9
1.2. Promoció de la Salut i Prevenció de la malaltia	14
1.3. Promoció de la Salut. L'Informe Lalonde com a punt de partida.....	16
1.4. De l'Informe Lalonde a la contribució americana	21
1.5. De la contribució americana a l'Informe Epp	27
1.6. De l'Informe Epp a la Carta d'Ottawa	30
1.7. L'Organització Mundial de la Salut i la Promoció de la Salut: Una dialèctica en el temps	37
La salut i l'entorn: Qüestions prèvies	41
1.8. El concepte de "determinants de la salut" de Thomas McKeown	42
1.9. Els Determinants Socials de la Salut	49
1.10. Propostes teòriques sobre els Determinant Socials de la Salut.....	55
1.11. La Promoció de la Salut centrada en els entorns	88
Introducció	88
L'estratègia de la promoció de la salut centrada en l'entorn	89
1.12. Models i teories	92
1.13. El Moviment d'Universitats Promotores de la Salut	133
1.14. La Universitat com a entorn promotor de la salut	135
1.15. Universitat saludable o Universitat Promotora de la Salut: conceptes i definicions	136
1.16. El Moviment d'Universitats Promotores de la Salut: desenvolupament i tractament del concepte.....	139

1.17. El cas de la universitat central de Lancashire (UCLan).....	149
1.18. Les funcions de la Universitat Promotora de la Salut.....	150
1.19. El Moviment d'Universitats Promotores de la Salut en el present	153
1.20. Fases en el desenvolupament d'un projecte d'Universitat Promotora de la Salut..	160
1.21. Experiències nacionals i internacionals de Promoció de la Salut en Institucions universitàries. Algunes consideracions prèvies	162
Segona Part. Contrastació empírica	178
Capítol II. Objectius de la recerca	178
2. Objectius de la recerca	179
Capítol III. Disseny de la recerca	181
3. Metodologia	182
3.1. Aspectes metodològics de la investigació.....	182
3.2. Delimitació de la mostra d'estudi: La Xarxa Vives d'Universitats	184
3.3. Procediment metodològic.....	186
3.4. Descripció de les tècniques emprades.....	188
3.4.1. Descripció de la recerca bibliogràfica.....	189
3.4.2. Descripció de l'anàlisi del concepte	193
3.4.3. Descripció de l'anàlisi documental.....	196
3.4.4. Descripció de l'anàlisi de clústers: Anàlisi de Components Múltiples i Anàlisi de Clústers Jeràrquic.....	198
Aproximació quantitativa	199
3.4.5. Descripció de l'instrument de recollida de dades: l'enquesta	199
Aproximació qualitativa.....	214
3.4.6. Descripció de l'entrevista	214
3.4.7. Descripció del grup de discussió	216
3.5. Aspectes ètics de la investigació de camp	218
Tercera Part. Resultats, discussió, conclusions i línies de recerca futures	220
Capítol IV: Resultats.....	220
4. Resultats	221
4.1. Aproximació teòrica: Revisió bibliogràfica	221
4.1.1. Resultats de la revisió bibliogràfica	221
4.1.2. Anàlisi del concepte	233
4.2. Anàlisi documental	243
4.2.1. Resultats de l'anàlisi de les polítiques saludables en els llocs web.....	245
4.2.2. Resultats de l'Anàlisi de Components Múltiples i l'Anàlisi de Clústers Jeràrquic.....	256
4.3. Anàlisi quantitativa.....	264
4.3.1. Resultats de l'estudi pilot.....	264
4.3.2. Anàlisis de la validació de l'instrument de recollida de dades.....	268
4.3.3. Resultats de l'administració general: el cas de la Universitat d'Andorra	272
4.4. Anàlisi qualitativa	305
4.4.1. Resultats de l'entrevista.....	305
Característiques dels participants	306

4.4.2. Resultats del grup de discussió	322
Capítol V. Discussió.....	332
5. Discussió general dels resultats	333
5.1. El tractament del concepte d'Universitats Promotores de la Salut	334
5.2. La promoció de la salut en el context de la Xarxa Vives d'Universitats	339
5.3. La Universitat d'Andorra com a entorn promotor de la salut.....	341
5.4. La percepció de les necessitats en salut a la Universitat d'Andorra	348
5.5. Contribucions teòriques.....	354
5.6. Contribucions metodològiques	355
5.7. Limitacions	357
5.8. Línies futures de treball	359
Capítol VI. Conclusions	362
6. Conclusions	363
7. Referències bibliogràfiques	367
Annex I. Característiques de les Universitats de la Xarxa Vives.....	421
Annex II. Carta de participació a la validació d'experts.....	423
Annex III. Carta de presentació a l'estudi per a les universitats	424
Annex IV. Carta de presentació a l'estudi per a l'estudiantat.....	425
Annex V. Carta explicativa de l'estudi	426
Annex VI. Consentiment informat	428
Annex VII. Carta de recordatori enviada a les universitats de la Xarxa Vives	431
Annex VIII. Característiques dels estudis empírics.....	432
Annex IX. Resultats de l'aplicació de la tècnica anàlisi del concepte als articles importats en la revisió	439
Annex X. Representacions gràfiques dels resultats principals de l'estudi pilot	451
Annex XI. Propostes accions de Promoció de la Salut.....	452
Annex XII. Guió de l'entrevista	453
Annex XIII. Informe de la Junta Acadèmica de la Universitat d'Andorra	456
Annex XIV. Carta a la Junta Acadèmica de la Universitat d'Andorra per a la realització de grups de discussió.	457

Índex de taules

TAULA 1. RECURS DE LES CONFERÈNCIES MUNDIALS DE PROMOCIÓ DE LA SALUT.....	38
TAULA 2. DIFERÈNCIES DE LES PERSPECTIVES “INSTRUMENTAL” I “ESPIRITUAL” DE LES RELACIONS INDIVIDU-ENTORN.....	98
TAULA 3. QUADRÍCULA DE BEATTIE ADAPTADA A LA UPS	146
TAULA 4. ESTRATÈGIES D'ANÀLISI DEL CONCEPTE.....	195
TAULA 5. ESTRUCTURA DE L'ENQUESTA.....	213
TAULA 6. CARACTERÍSTIQUES DELS ESTUDIS TEÒRICS.....	226
TAULA 7. CARACTERÍSTIQUES GENERALS DELS ESTUDIS EMPÍRICS (N=10)	229
TAULA 8. CONCEPTES I TEORIES ASSOCIADES A L'ESTRATÈGIA D'UPS.....	233
TAULA 9. RESUM DELS TEMES IDENTIFICATS MITJANÇANT L'ANÀLISI DEL CONCEPTE UPS	237
TAULA 10. MATRIU DELS TEMES I DE LES CARACTERÍSTIQUES D'UNA UPS	241
TAULA 11. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DE LES UXV	245
TAULA 12. VISIBILITZACIÓ DE LES POLÍTIQUES PÚBLIQUES SALUDABLES ALS LLOCS WEB DE LES DIFERENTS UNIVERSITATS ADSCRITES A LA XVU	248
TAULA 13. EXEMPLES D'ACCIONS ESPECÍFIQUES.....	257
TAULA 14. CONTRIBUCIÓ DE CADASCUNA DE LES VARIABLES PER DIMENSIÓ	258
TAULA 15. COMPARACIÓ ENTRE CLÚSTERS	262
TAULA 16. CARACTERÍSTIQUES DE LA VARIABLE “EDAT	265
TAULA 17. CARACTERÍSTIQUES JUTGES DE LA VALIDACIÓ.....	269
TAULA 18. COEFICIENT DE CONCORDANÇA DE KENDALL	270
TAULA 19. DISTRIBUCIÓ DE LA MOSTRA DELS TREBALLADORS.....	273
TAULA 20. EDAT DELS PARTICIPANTS EN FUNCIÓ DEL ROL QUE OCUPEN	273
TAULA 21. ANYS D'EXPERIÈNCIA EN EL CÀRREC ACTUAL.....	273
TAULA 22. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES PER CURS I ÀMBIT D'ESTUDI	274
TAULA 23. DISTRIBUCIÓ DE LA IDENTITAT DE GÈNERE DELS ESTUDIANTS PER ÀMBIT D'ESTUDI.....	275
TAULA 24. DISTRIBUCIÓ DE LA VARIABLE IDENTITAT DE GÈNERE EN FUNCIÓ DE LA JORNADA LABORAL	275
TAULA 25. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES DEL CONEIXEMENT SOBRE EL CONCEPTE UPS.....	277
TAULA 26. EXEMPLES DE PERCEPCIONS SOBRE LA INCLUSIÓ DE LA PROMOCIÓ DE LA SALUT A LA UNIVERSITAT	281
TAULA 27. RELACIÓ ENTRE EL CODI I L'ÍTEM.....	283
TAULA 28. EXEMPLES CONCRETS D'ACCIONS PER PROMOCIONAR LA SALUT	287
TAULA 29. FREQUÈNCIES DE LA VARIABLE “COMPAGINA ELS ESTUDIS AMB ALGUNA ACTIVITAT LABORAL”	288
TAULA 30. FREQUÈNCIA DE RESPOSTA DELS AGENTS QUE HAURIEN D'ASSUMIR LA RESPONSABILITAT DE LA PROMOCIÓ DE LA SALUT.....	291
TAULA 31. FACTORS QUE INFLUEIXEN EN LA IMPLEMENTACIÓ DE LA UPS	294
TAULA 32. ANÀLISIS DESCRIPTIU DE LA VARIABLE “IMPORTÀNCIA EN TEMES DE SALUT”	296
TAULA 33. COMPARACIÓ DE LA IMPORTÀNCIA DE LA PROMOCIÓ DE LA SALUT PER ÀMBIT D'ESTUDI	297
TAULA 34. PROPOSTES D'ACCIÓ PER PROMOURE LA SALUT DERIVADES DEL MAPEIG D'ACTIUS.....	303
TAULA 35. PARTICIPANTS A LES ENTREVISTES.....	307
TAULA 36. DIMENSIONS I CATEGORIES DE LES ENTREVISTES	308
TAULA 37. CARACTERÍSTIQUES DE LES UNIVERSITATS DE LA XARXA VIVES	421
TAULA 38. CARACTERÍSTIQUES DELS ESTUDIS EMPÍRICS	432
TAULA 39. RESULTATS DE L'ANÀLISI DEL CONCEPTE ALS ARTICLES IMPORTATS EN LA REVISIÓ.....	439
TAULA 40. PROPOSTES DE PROMOCIÓ DE LA SALUT A LA UDA	452

Índex de figures

FIGURA 1. THE MAIN DETERMINANTS OF HEALTH.....	61
FIGURA 2. REPRESENTACIÓ GRÀFICA DELS MECANISMES I DELS FACTORS QUE INCIDEIXEN EN LES DESIGUALTATS SOCIOECONÒMIQUES EN LA GENT D'EDAT AVANÇADA	64
FIGURA 3. MODEL SOBRE ELS DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT	66
FIGURA 4. SISTEMES DEL MODEL ECOLÒGIC	97
FIGURA 5. SALUT EN EL RIU DE LA VIDA.....	112
FIGURA 6. MODEL D'UNIVERSITAT SALUDABLE	131
FIGURA 7. ÀREES PRIORITÀRIES DE TREBALL DE LA UNIVERSITAT PROMOTORA DE LA SALUT	145
FIGURA 8. FASES PER DESENVOLUPAR UN PROJECTE D'UNIVERSITAT PROMOTORA DE LA SALUT	160
FIGURA 9. ESQUEMA DEL DISSENY METODOLÒGIC	183
FIGURA 10. TRIANGULACIÓ DE LA METODOLOGIA.....	184
FIGURA 11. DIAGRAMA DE PRISMA PER A LA REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA.....	221
FIGURA 12. ÀREES DE TREBALL.....	246
FIGURA 13. MAPA DE FACTORS	261
FIGURA 14. PERCENTATGES DE RESPOSTA A LA VARIABLE UPS 1 (CONEIXEMENT DEL CONCEPTE UPS) EN FUNCIO DE L'ÀMBIT D'ESTUDI.....	278
FIGURA 15. PERCENTATGE DE RESPOSTA A LA VARIABLE UPS 1(CONEIXEMENT DEL CONCEPTE UPS) EN FUNCIO DE LA POSICIÓ LABORAL.....	279
FIGURA 16. ACCIONS DE PROMOCIÓ DE LA SALUT	284
FIGURA 17. TEMES DE SALUT QUE MÉS PREOCUPEN A LA COMUNITAT UNIVERSITÀRIA	285
FIGURA 18. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES DEL GRAU DE SATISFACCIÓ AMB LES ACCIONS PER PROMOCIONAR LA SALUT	286
FIGURA 19. FREQUÈNCIA DE PARTICIPACIÓ EN ACTIVITATS DE PROMOCIÓ DE LA SALUT	289
FIGURA 20. MAPA D'ACTIUS EN SALUT	301
FIGURA 21. DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA EN FUNCIO DEL TIPUS DE FEINA QUE COMPAGINA AMB ELS ESTUDIS	451
FIGURA 22. DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA EN FUNCIO DEL DOMICILI ON VIUEN	451

Resum

Durant les últimes tres dècades el paradigma de la promoció de la salut s'ha anat consolidant com una estratègia necessària i eficaç a les diferents proposicions clàssiques delineades en matèria de salut pública. En gran mesura, els preceptes conceptuals reivindicats en la Carta d'Ottawa han estat re-formulats i modelats amb el transcurs dels esdeveniments històrics i l'aparició de noves necessitats en salut degut a la globalització i als canvis socials. En aquesta conjuntura de proclames reivindicatives, a la dècada dels anys 80 l'Organització Mundial de la Salut comença a desenvolupar conjuntament amb les seves Oficines Regionals diferents estratègies sustentades en les regles de l'aproximació socioecològica en salut. En aquesta arena de canvi, a principis de la dècada dels 90 es dissenyen al Regne Unit les primeres propostes conceptuals d'Universitats Promotores de la Salut.

La present tesi examina la definició del concepte Universitat Promotora de la Salut i analitza de quina manera les 22 universitats que integren la Xarxa Vives d'Universitats incorporen el paradigma de la promoció de la salut en les seves estructures. En la segona fase de la recerca, sota un estudi de cas s'analitza la capacitat de la Universitat d'Andorra d'esdevenir un entorn promotor de la salut.

Partint d'una revisió exhaustiva de la literatura (*scoping review*) la primera part de la tesi explora el tractament tant conceptual com empíric que ha rebut el concepte d'Universitat Promotora de la Salut fins a l'actualitat. Així mateix, seguint les recomanacions metodològiques de l'anàlisi del concepte la primera de les aproximacions analitza les característiques conceptuals de la terminologia i proposa una definició integradora de la mateixa. A través de les característiques teòriques identificades mitjançant l'anàlisi del concepte s'ha construït una enquesta i els guions per a la realització de 7 entrevistes i d'1 grup de discussió amb diferents representants dels diferents col·lectius universitaris. S'ha avaluat la validesa del qüestionari mitjançant la realització d'un panell d'experts i s'ha administrat a una mostra de 133 participants de la Universitat d'Andorra.

Els resultats principals del nostre estudi es poden agrupar en dues línies de coneixement. A nivell teòric, s'ha realitzat una revisió exhaustiva de la literatura i es proposa una definició concreta d'Universitat Promotora de la Salut. A nivell metodològic, s'aporta un enfocament mixt d'investigació com a marc analític òptim per estudiar les característiques del concepte d'Universitat Promotora de Salut i la seva incorporació en les estructures de les universitats de la Xarxa Vives. Els resultats despresos de l'estudi de cas de la Universitat d'Andorra identifiquen un conjunt de factors que són percebuts com facilitadors per a la pràctica de la promoció de la salut així com alguns elements restrictius que s'haurien de considerar en el disseny d'una iniciativa d'Universitat Promotora de la Salut.

En conjunt, la tesi mostra les divergències conceptuals en la caracterització del concepte d'Universitat Promotora de la Salut, així com la heterogeneïtat instrumental en la incorporació de la promoció de la salut en algunes universitats de la Xarxa Vives. S'aporta una definició del terme i es plantegen noves fórmules de treball que permetin a la Universitat d'Andorra esdevenir un entorn promotor de la salut.

Paraules clau: Promoció de la salut, Entorns saludables, Universitats Promotores de la Salut, Educació terciària, Metodologia mixta

Abstract

Over the past three decades, the health promotion paradigm has become increasingly recognized as an essential and effective strategy alongside traditional public health approaches. The conceptual principles articulated in the Ottawa Charter have largely been redefined and reshaped by historical developments and the emergence of new public health challenges driven by globalization and social change. In this context of advocacy, the World Health Organization, in collaboration with its Regional Offices, began developing various strategies based on socio-ecological approaches during the 1980s. Within this evolving landscape, the first conceptual frameworks for Health Promoting Universities were formulated in the United Kingdom in the early 1990s.

This thesis explores the definition of the Health Promoting University concept and examines how the 22 universities comprising the Vives University Network integrate the health promotion paradigm. In the second phase of the study, a case analysis is conducted to assess the University of Andorra's capacity to establish itself as a health-promoting environment.

Drawing on an extensive literature review (scoping review), the first part of this thesis investigates both the conceptual and empirical treatment of the Health Promoting University concept to date. Furthermore, adhering to methodological guidelines for concept analysis, the study first examines the conceptual characteristics of the term and subsequently proposes a comprehensive definition. Based on the theoretical attributes identified through this analysis, a survey and interview script were designed, leading to the conduct of seven interviews and one focus group with representatives from various university stakeholders. The validity of the questionnaire was assessed by an expert panel before being administered to a sample of 133 participants from the University of Andorra.

The key contributions of this study can be categorized into two areas of knowledge. Theoretically, it offers a thorough literature review and proposes a precise definition of the Health Promoting University concept. Methodologically, it introduces a mixed-method approach as an optimal analytical framework for examining the characteristics of Health Promoting Universities and their integration into the structures of the universities within the Vives University Network. The findings from the University of Andorra case study highlight several factors perceived as facilitators of health promotion initiatives, as well as constraints that should be addressed in the design of a Health Promoting University model.

Overall, this thesis underscores the conceptual divergences in the characterization of the Health Promoting University concept, along with the methodological variability in implementing health promotion within certain Mediterranean universities. It provides a clear definition of the term and proposes new strategies for further developing a Health Promoting University project in the University of Andorra.

Keywords: Health promotion; Healthy settings approach; Health promoting university; Tertiary education; Mixed methods

Introducció

Respectant les recomanacions proporcionades per un antic professor de les ciències socials i company sobre els temps en l'escriptura d'un treball de tesi, la introducció aquí presentada no ha estat redactada fins que l'obra no ha estat pràcticament conclosa. El compliment d'aquest axioma col·loquial porta implícit nombroses avantatges, com per exemple la llibertat de la qual gaudeix l'autor d'explicar allò sobre el què ja ha escrit. Aquesta costum torna més senzilla la tasca d'introduir a la comunitat lectora en una primera immersió del treball. Al mateix temps que ens proporciona l'oportunitat de re-visitar el camí transcorregut per analitzar amb deteniment i des de la distància les passes empreses. D'aquesta manera, les pàgines que venen a continuació han estat concebudes per recopilar de manera integrada un conjunt d'esdeveniments històrics que han marcat la trajectòria de la promoció de la salut com a paradigma, però també per ajudar-nos a redescobrir i estructurar aquelles idees que desitgem compartir en sintonia amb els resultats obtinguts de la recerca.

Amb l'objectiu d'atorgar una resposta adaptativa a aquest doble propòsit, anirem alternant els objectius de la recerca i l'exposició de les aproximacions metodològiques configurades a tal efecte, amb la justificació científica que ens ha portat a utilitzar-les, i que en última instància, han motivat la realització del treball.

En aquesta tesi doctoral analitzem la capacitat de les universitats de la Xarxa Vives (XV) d'esdevenir entorns promotors de la salut. Si bé l'estructura del treball està concebuda des d'una posició exploratòria i descriptiva, el nostre interès ha recaigut en la valoració de com les 22 institucions d'educació superior incorporen, si és el cas, els principis de l'estratègia d'Universitats Promotores de la Salut en les seves estructures particulars. Així doncs, hem intentat localitzar els principals components operatius que utilitzen les universitats per fomentar la pràctica de la promoció de la salut i relacionar-les amb les partícules teòriques albirades prèviament en la literatura. A partir d'aquí, el treball s'ha organitzat en tres orientacions metodològiques.

La primera orientació que ha emprès l'exercici cognitiu ha consistit en establir els marcs ideològics més globals que van determinar l'aparició del Moviment d'Universitats

Promotores de la Salut (UPS). D'aquesta manera, en el Capítol I, s'exposa una anàlisi detallada dels esdeveniments històrics que van condicionar l'aparició d'un nou significat en promoció de la salut. Hem descrit els trets fonamentals de les principals activitats institucionals, en especial a partir de l'Informe Lalonde (Lalonde, 1974), així com les articulacions amb l'organització de les mesures adoptades posteriorment. D'alguna manera, podríem definir aquest enfocament com a *constructivista*, en la mesura que hem intentat reduir els antecedents sobresortints a un relat combinat dels antecedents més salients en salut pública.

La segona direcció o compromís que ha abordat el treball ha apuntat cap a l'aclariment de les relacions entre els diferents plantejaments conceptuals desenvolupats sota l'estratègia dels entorns saludables en salut i els diferents tractaments del Moviment d'UPS. En el capítol I es desenvolupen de manera particular les diferents contribucions teòriques que reposen en la base de la construcció ideològica de l'estratègia de les Universitats Promotores de la Salut. Aquest primer apartat es pot subdividir en tres grans categories: (a) antecedents històrics de la Promoció de la Salut, (b) la salut i l'entorn i (c) el Moviment d'Universitats Promotores de la Salut.

Finalment, atenent a la importància atribuïda a les universitats en el segle XXI, resulta d'especial interès examinar la capacitat d'aquestes institucions docents de contribuir al tractament de problemes transversals a la salut pública, com la sostenibilitat i les desigualtats socials en salut. Si bé en aquest escrit no es contempla estudiar cap d'aquests dos elements de manera particular, alguns autors com Orme i Dooris (2010) han assenyalat el vincle intrínsec existent entre la incorporació dels valors de la UPS i les funcions tradicionals del sistema educatiu universitari. Per a que la nostra anàlisi funcioni, és necessari que l'objecte sobre el qual desenvoluparem el treball de tesi quedi perfectament contextualitzat. A tal efecte, i sense pretendre convertir l'escrit un text merament expositiu, en el primer capítol del treball dedicarem un espai a contextualitzar de manera teòrica els antecedents de la promoció de la salut amb algunes idees extretes d'àrees externes a les ciències de la salut pròpiament.

Per al desenvolupament dels objectius s'han realitzat tres estudis, dividits en aproximacions metodològiques que pretenen abordar la problemàtica des de diferents

perspectives però fent ús de la complementarietat. L'estudi 1 es concentra en aspectes específics de l'estratègia d'UPS. A tal efecte, s'ha realitzat una revisió exhaustiva de la literatura (*scoping review*) amb la intenció de caracteritzar conceptualment el terme Universitat Promotora de la Salut. La caracterització del concepte UPS és d'especial rellevància per al desenvolupament de les etapes o estudis posteriors. Les característiques identificades mitjançant l'anàlisi del concepte han servit com a punt de partida per elaborar els altres tres dispositius metodològics emprats en les fases posteriors.

Tot seguit, en l'estudi 2, amb la intenció d'analitzar la implementació de la pràctica de la promoció de la salut a les vint-i-dues institucions que integren la Xarxa Vives d'Universitats (XVU) s'ha realitzat un buidatge documental de les polítiques públiques compartides en els portals electrònics de cada una de les universitats i s'ha elaborat un model estadístic a partir de l'Anàlisi de Components Múltiples (MCA) i l'Anàlisi de Clúster Jeràrquic (HCA). De manera complementària a l'anàlisi de les comunicacions digitals s'han realitzat set entrevistes a diferents representants d'algunes de les universitats membres.

Finalment, degut a la baixa taxa de respostes obtingudes per part de la majoria d'entitats de la XVU, l'estudi 3 ha esdevingut en una anàlisi de cas de la Universitat d'Andorra (UdA) en la que s'han pogut explorar els coneixements sobre l'estratègia d'UPS així com identificar tant les necessitats com els actius en salut d'aquesta institució d'ensenyament superior.

De manera genèrica, la present tesi doctoral està composta per sis capítols. En el capítol primer es realitza una revisió dels antecedents relacionats amb les característiques de la promoció de la salut. Endemés de realitzar un recorregut històric sobre els usos institucionals i l'adopció de noves formes conceptuals de professar la promoció de la salut, en aquest primer apartat s'introdueixen conceptes que seran bàsics al llarg de la tesi, com la nova dimensió positiva representada en el constructe de salut o les aportacions de les diferents conferències mundials celebrades fins a l'actualitat en promoció de la salut.

Respectant la naturalesa sanitària i la dimensió socioecològica des de la qual es realitza aquest treball, en un segon apartat del capítol primer s'exposen una sèrie de models teòrics que descriuen les principals variables empleades en l'anàlisi de l'aparició del Moviment

d'Universitats Promotores de la Salut. Aquests models són: El Model de camp de Lalonde (1974), el model de Dahlgren i Whitehead (1991), la proposta de Mackenbach et al. (1994) o el model de Diderichsen et al. (2001), entre d'altres.

L'objectiu del qual parteix aquesta tesi és el d'aprofundir a nivell teòric en l'estudi de les característiques pròpies del concepte d'UPS. En el pla empíric, el desenvolupament del qual passa per donar resposta a la interrogació teòrica, la present tesi pretén analitzar el tractament dels principis de l'estratègia dels UPS en les institucions de la XVU. Perfilar una proposta teòrica que defineixi el concepte d'UPS, així com contrastar la implementació de la mateixa a través de la investigació de camp centrada en la mostra definida per la XVU són alguns dels objectius subsequents que determinen els apartats posteriors del treball.

El tercer bloc o agrupació categòrica del primer capítol està dedicat a la presentació i l'anàlisi de les diferents particularitats teòriques dels models que s'han descrit per fonamentar teòricament les característiques i les funcions del que s'ha anomenat l'estratègia d'UPS (Tsouros et al., 1998). En aquests apartats també s'analitzen algunes propostes alienes al concepte d'UPS pròpiament, com la teoria salutogènica (Antonovsky, 1979), el model d'actius en salut (Kretzmann i McKnight, 1996), la proposta del pensament sistèmic (Pelikan, 2007) i la contribució dels principis de la teoria socioecològica adaptats a la pràctica de la promoció de la salut (Stokols, 1992).

En el capítol tercer es desenvolupen de manera particular els atributs de les tres aproximacions metodològiques emprades en el treball. Atenent a la complexitat de l'abordatge empíric, i per donar resposta als diferents objectius específics definits en la tesi, aquesta secció està subdividida a la vegada en tres aproximacions metodològiques. A saber: revisió exhaustiva de la literatura, aproximació quantitativa i aproximació qualitativa.

El capítol quart conté la presentació dels resultats derivats de les tres aproximacions instrumentals. Malgrat no s'hagin formalitzat com a estudis independents, les tres accions efectuades s'han configurat per donar resposta de manera interdependent als diferents objectius de la tesi. Així doncs, en aquesta secció es desenvolupen les troballes de la revisió exhaustiva de la literatura i l'anàlisi de les polítiques saludables de les 22 universitats que conformen la XVU; es presenten les propietats psicomètriques de

l'enquesta elaborada i els resultats de la seva administració a la UdA; i es comparteixen els resultats de les set entrevistes i els del grup de discussió efectuat per copsar les percepcions dels diferents col·lectius que integren el conjunt de la comunitat universitària.

En darrera instància, en el capítol cinquè es presenta una discussió conjunta dels resultats. Per tal d'estructurar les troballes més significatives despreses d'aquest treball, aquest capítol ha estat dividit en dos epígrafs concrets: contribucions teòriques i contribucions metodològiques. El capítol sisè integra les conclusions del treball. Es conclou amb la bibliografia i els annexos.

Ans tot l'escrit, i per sobre de qualsevol explicació, cap de les troballes que en el treball exposem hagués estat possible sense la col·laboració desinteressada de tots els professionals de la XVU i la comunitat universitària de la UdA que han participat de manera amable i proactiva, en algun dels estudis de la dissertació.

Engegàrem la proposta inicial a partir de les dues preguntes següents: “Poden les universitats contribuir a la valoració positiva de l'estat de salut i de benestar dels membres que acull?” i “Existeix alguna relació entre l'estat de salut manifestat clínicament amb la percepció subjectiva emesa per les persones?”, encara que, amb la voluntat intrínseca d'explorar amb més profunditat la relació d'aquesta segona formulació amb les aportacions de la memòria científica de la salut pública esteses en el segle passat.

En el transfons personal que va estimular la presentació del projecte de recerca inicial al programa de doctorat, podríem identificar dues pulsions de magnituds majestuosos que van ser el motor del desenvolupament al llarg dels anys de la present tesi. En el moment que vàrem decidir atiranyar la idea inicial, l'ús de la mascareta com a mesura de protecció personal començava a gaudir de més llibertat. La població andorrana ataüllava els primers rajos de llum després de dos anys singulars de confinaments setmanals i incertesa diària, puix que la fi de la famosa pandèmia estava cada cop més a prop.

En aquest període de transició cap a la “nova *nova* normalitat” (la “nova” original caracteritzada per les restriccions a tort i a dret i la imposició d'acceptar la situació a la força havia expirat mesos enrere) vam jutjar de manera oportunista, a efecte de la subvenció obtinguda per engegar el projecte de recerca, el moment adequat per investigar nous plantejaments en matèria de promoció de la salut a la llum del Moviment

d'Universitats Promotores de la Salut. L'impacte de la pandèmia mundial recent havia revelat certes mancances significatives en la concepció tradicional dels sistemes de salut construïts sobre el model preventiu orientat a la malaltia, els qual consideràvem de compulsa obligatòria.

La nostra hipòtesi inicial, vertebrada a partir de les nombroses evidències empíriques assenyalades sobre el paper dels Determinants Socials de la Salut (DSS) i la seva relació amb la naturalesa objectiva de la mateixa, ha sigut que les universitats poden esdevenir entorns promotors de la salut sempre i quan incorporin un compromís polític per la salut i el benestar en les estructures de la institució.

A tal efecte, i atenent a la relativa curta crònica de l'estratègia de les UPS, vàrem establir el punt d'origen en la revisió històrica-conceptual d'alguns dels esdeveniments institucionals més significatius en la consolidació de la promoció de la salut com a paradigma d'estudi com a marcs de referència per explorar la capacitat de les universitats per esdevenir espais físics promotors de la salut. Amb l'objectiu d'integrar i expandir els principis de la perspectiva socioecològica en salut pública entronitzades en el context universitari, vàrem considerar pertinent incloure en la revisió del marc teòric algunes de les contribucions teòriques que s'han utilitzat per descriure la relació entre l'estratègia dels entorns saludables i els models ecològics centrats en els determinants socials divulgats per l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

Al cap i a la fi, l'ideari concebut darrere de la bambolina de la promoció de la salut està alimentat per la voluntat de contribuir a l'esfera científica amb esperit crític. L'anhel de reivindicació d'un sistema públic més compromès amb la realitat social del seu entorn; una oportunitat per alimentar la capacitat transformadora de la promoció de la salut en tots els seus nivells.

Primera part. Plantejament teòric

Capítol I. Antecedents històrics sobre la Promoció de la Salut i el
Moviment d'Universitats Promotores de la Salut

Alguns aclariments preliminars

Prenent en consideració l'estructura de treball definida en la introducció, en el capítol primer presentarem de forma descriptiva els principals constructes teòrics que han estimulat i definit la nostra investigació. Tot i que els conceptes teòrics seleccionats per a la confecció de l'objecte últim d'estudi no són nous, en termes històrics, el plantejament elaborat, com a mínim en l'esfera conceptual, adopta una nova escenografia mitjançant la triangulació de preceptes clarament definits en la literatura científica, però poc evidenciats en el terreny de la pràctica. Donat que el nostre treball intenta compaginar la retòrica científica amb l'evidència empírica, intentarem immersir-nos en la teorització per facilitar la comprensió dels fenòmens ha analitzar i fer més intel·ligible el transfons de la proposta d'estudi. Per tal de proveir d'una mirada crítica, a la par que sistemàtica del conglomerat de constructes objectes d'estudi, procurarem esbossar una línia contínua entre els diferents agregats considerats. A tal efecte, únicament en certes ocasions ens submergirem en qüestions no directament relacionades amb aquest mòbil, sense pretensions ocioses, per evitar desviar a la persona lectora de la pròpia experiència.

Degut a la grandària dels fenòmens d'estudi proposats, la teorització auto-imposada pot ésser interpretada de dues maneres. Per una banda, la mirada específica s'ha de caracteritzar des de l'òptica crítica científica; això és, l'anàlisi d'una fracció de la realitat entenent la mateixa com a veracitat intel·lectiva. Contràriament, des de la vessant oposada, el filtratge realitzat per a tal efecte comporta algunes limitacions. En relació als extrems acceptats, ens centrarem més endavant en explicitar els preceptes bàsics a partir dels quals s'ha anat construint el nostre marc conceptual i amb els quals hem provat de dotar a l'objecte últim d'estudi certa comprensibilitat. La metàfora d'artesanía utilitzada per Richard Sennett (2009) per clarificar el significat de la cultura material, s'ajusta de forma òptima al procés de conscienciació aquí descrit. En última instància, l'investigador social, al igual que el practicant en salut pública, és un artesà que manipula unes peces concretes amb uns instruments específics; com la pràctica manual del fuster que treballa la fusta. Per mor de la usurpació d'alguns preceptes teòrics, al igual que l'artesà necessita de la pràctica pel correcte desenvolupament professional, l'investigador en les ciències socials i de la salut requereix de l'apropiació dels determinants teòrics per poder emprarlos de forma racional.

A fe i efecte de la finalitat última perseguida en aquesta recerca, a continuació es presentaran els principals conceptes teòrics mitjançant els quals intentarem edificar una mirada dinàmica entre els constructes principals i l'evidència empírica, entre la teoria i la pràctica, la salut i la promoció de la mateixa.

1.1. Breu mirada històrica als orígens de la Promoció de la Salut

En una nota editorial publicada per una revista científica de reconegut prestigi internacional, Ilona Kickbusch (2007a) afirmava que el futur de la Carta d'Ottawa encara no havia arribat (*"it has no yet really come"* en anglès) (p.9). La reflexió mig melancòlica mig crítica, no obeïa a funcions propagandístiques ni a fins comercials, ans el contrari, era una reivindicació literària al futur de la nova salut pública. Des de la seva publicació l'any 1986, el terme promoció de la salut ha anat adquirint importància dins del camp de les ciències en general. Epidemiòlegs com Lester Breslow (1999) o Leonard Syme (2005), eminències de l'epidemiologia social i pioners en la reivindicació de la importància dels DSS de les persones gràcies als nombrosos assajos empírics realitzats als Estats Units, van reconvenir a l'esfera científica l'essència dels principis postulats en la mateixa Carta d'Ottawa. Els nombrosos estudis desenvolupats a partir de les dades obtingudes en el laboratori de l'Alameda County (Berkman i Breslow, 1983; Haan et al., 1987), són una bona mostra del interès i la necessitat detectada per part d'alguns professionals, de disciplines a cavall entre les ciències mèdiques i les socials, durant la segona meitat del segle XX d'adoptar nous enquadraments teòrics llunyedans a la primacia de la tradició clínica occidental.

Donades les característiques i la rellevància de la temàtica d'anàlisi, sense obviar les evidències històriques, establir un punt explicatiu de partida dels orígens tècnics del paraigües problema, ens ajuda a clarificar l'activitat explicativa de l'evolució i l'estat actual de l'art.

D'aquesta manera, l'Informe Lalonde (1974) va ser la primera declaració teòrica general de la salut pública sorgida dels experiments epidemiològics en reivindicar mitjançant l'evidència empírica l'origen ambiental de la majoria de les causes de mort. La voluntat del Ministeri de Salut i Benestar del Canadà de capitanejar les costes de nous mars relegats a l'ostracisme per "l'art de la medicina com a brollador del qual han sorgit tots

els progressos en salut” (Lalonde, 1974, p.11) queda conspícuament clarificada en el missatge quan declama:

Fins ara, gairebé tots els esforços de la societat per millorar la salut i la majoria de despeses en salut s’han centrat en l’organització dels serveis d’atenció sanitària. No obstant, quan identifiquem les principals causes actuals de malaltia i mort a Canadà, veiem que estan arraigades als altres tres elements del concepte: biologia humana, medi ambient i estils de vida. Per tant, és evident que s’estan gastant elevades quantitats en el tractament de malalties que es podrien haver evitat. (Lalonde, 1974, p.32)

La proposta del Model de camp com a unitat teòrica explicativa del mapa causal en salut, representa la primera temptativa governamental en qüestionar la viabilitat i l’eficàcia de la praxi instrumental i la política aposentada sobre els pilars del corol·lari del model mèdic. Si bé la declaració pública dels preceptes bàsics del corrent estructural dels funcionaris canadencs en matèria de salut va ser àmpliament acceptada i reconeguda pels agents internacionals, l’epifania del nou dogma en el tractament de la conjuntura salubrista no va estar exempta de crítiques i dificultats. El trasllat de la retòrica a l’acció va haver de transitar per un camí ple de fibres i obstacles econòmics, en part degudes a les poques recomanacions articulades pel propi Lalonde (McEwen,1979), així com per les interpretacions babèliques i contraposades exhibides en l’informe. Segons el propi Evans (1982), un dels autors més crítics amb la proposta governamental canadenca, l’interès del govern de Lalonde de centrar l’activitat financera en el control de la despesa sanitària contrarestava el plantejament de tots aquells professionals, els qui apostaven per l’augment de la despesa en el terreny com a solució per invertir les dades estadístiques i millorar així la qualitat de vida de la població.

L’informe declamat pel ministeri de salut del Canadà l’any 1974, basat i construït sobre una idea de Laframboise (1973), va connotar la gestació d’un nou prisma analític en el desenvolupament de les noves polítiques públiques en matèria de salut. Més enllà de les reivindicacions administratives en la gestió dels recursos econòmics, els preceptes inherents en la base del nou plantejament polític va servir d’inspiració per a la creació d’arquetips i models en altres estadis aliens a l’activitat ministerial. La influència de les bases del Model de camp en la cerca explicativa de les dades de mortalitat per part dels

agents de l'estat nord-americà va suscitar nous corrents de planificació i d'intervenció científica, i va servir de punt de partida per a les produccions posteriors a la publicació de l'informe. Un dels treballs que va gaudir de més acceptació fonamentat sobre els principis revolucionaris introduïts en la proposta canadenca va ser el model epidemiològic elaborat per Dever (1976). En l'article publicat l'any 1976 a la revista "*Social Indicators Research*", l'epidemiòleg Alan Dever, discuteix de manera eloqüent el fracàs dels programes sanitaris del moment atribuint la responsabilitat del mapa estadístic de decessos a les condicions precàries, en termes de fragilitat i precarietat, a la falta d'un marc d'anàlisi racional. Com a resposta adaptativa, l'autor planteja disseccionar la proposta del Model de camp en elements més "manejables" a partir dels quals desenvolupar "un model epidemiològic innovador que pugui ésser utilitzat en l'anàlisi de polítiques relatives als programes de salut" (Dever, 1976, p.453). La formulació paradigmàtica, en síntesi, reclamava un canvi en la mirada d'afrontament de les problemàtiques socials relacionades amb la salut, en gran part justificades pel control poblacional de les malalties infeccioses i l'augment de les patologies cròniques en el teixit explicatiu de les causes de mort i diàcrisis contemporànies. De l'explicació detallada adornada amb gràfics i justificacions estadístiques, l'autor conclou que la pedra angular de la metamorfosi necessària en el control de la naturalesa de les patologies recau en la consolidació d'un enquadrament d'anàlisi sòlid acompanyat d'un canvi radical de les polítiques en salut.

La proposta teòrica asseverada des de l'àmbit de les ciències epidemiològiques va gaudir de certa acceptació en la comunitat internacional. Països com Estats Units orientats per l'afany de demostració del model (Dever, 1976) o els Països Baixos (Hagen, 1985), van adoptar la proposició original. La necessitat temporal d'infondre noves formulacions explicatives a la gestió de la cronicitat de la naturalesa patològica dels problemes en salut, conjuntament amb els esforços de l'OMS sota l'estratègia "Salut per a Tots l'any 2000" (OMS, 1981) es va disposar un nou corrent polític i científic, estimulat en la recerca explicativa de les causes principals de mort en termes estadístics. És a dir, la necessitat que reclamava Dever (1976) d'anatomitzar de forma autònoma els elements del Model de camp va trasmutar en un exercici polític purament quantitatiu.

Tot i l'aparent acceptació política rebuda, i els desenvolupaments posteriors promoguts, el treball original no va quedar absent de crítiques. Per a Gunning-Schepers i Hagen (1987) la falla principal identificada en l'anàlisi inicial recau en la diferenciació que fa

l'autor entre els recursos assignats a influenciar la salut, i els recursos necessaris per afrontar els problemes de salut derivats dels mateixos determinants. En l'estudi inicial de l'anàlisi de les causes de mort a l'estat de Geòrgia, als Estats Units d'Amèrica, l'autor inclou totes les morts com a problema d'estudi, però no contempla ni examina la morbiditat de les mateixes. De la mateixa manera que es refereix a les despeses de salut reduint-les a l'activitat econòmica del sistema sanitari com a un tot.

Les múltiples carències metodològiques empleades en l'anàlisi de l'estat de salut de la població i la propensió a responsabilitzar als individus de les seves accions ("*risk-taking*") han estat àmpliament valuades en estudis i escrits en la literatura científica (Labonté i Penfold, 1981). La naturalesa de l'origen subjectiu de les fórmules instrumentals empleades en tot el procés de recollida de dades ha estat un altre element nuclear de crítica. Com assenyala Lamata Cotanda (1994), "en les referències al seu treball es solen citar les seves conclusions com a demostracions científiques i generalitzables" (p.191), per bé que l'argumentari empleat angunieja qüestions i dubtes sobre les propietats psicomètriques de les dades obtingudes. Amb tot, avenços i crítiques incloses, l'exercici racional de promoure noves artèries explicatives de la representació política i social dels afers relacionats amb la salut, va adreçar la significança de comptar amb un model sanitari integrador i la rellevància pràctica d'incloure la participació intersectorial en el disseny i la planificació de les intervencions en les mateixes.

En base a la proposta del Model de camp de salut, es varen proposar cinc grans estratègies com a columna vertebral del futur pla d'acció: 1) estratègia de promoció de la salut, 2) estratègia reguladora, 3) estratègia d'investigació, 4) estratègia d'eficiència d'atenció sanitària i 5) estratègia de definició d'objectius. Totes les pautes disposades englobaven mesures educatives orientades a la detecció i modificació de factors específics dels estils de vida, tals com la dieta, l'alcohol, el consum de substàncies i la conducta sexual. A la producció del treball canadenc, en els anys posteriors la van seguir els informes del Departament de salut i seguretat social del Regne Unit (Department of Health & Social Services, 1976), o l'informe del cirurgià general dels Estats Units (1979) en el qual el concepte de camp de la proposta canadenc va servir com a catalitzador per dissecar les estadístiques de mortalitat de la població nord-americana. A efectes de la bona acceptació en el teixit polític i social intercontinental dels supòsits teòrics reivindicatius d'un nou model estratègic, Milton Terris (1984), metge i epidemiòleg estatunidenc,

assenyalà en el document presentat en la conferència Rosenstadi organitzada per la Universitat de Toronto, que “l’informe enlluerna el camí futur; proveeix de la visió que els treballadors i les treballadores en salut pública necessiten per crear, el que serà, sens dubte, l’edat d’or de la pràctica de la salut pública” (Terris, 1984, p.328). I afegeix: “una nova era en la planificació de la salut. Un canvi revolucionari passant d’una preocupació gairebé exclusiva pels recursos sanitaris, a un èmfasi primordial en els resultats sanitaris” (p.329).

La mirada afectiva que deixa entreveure el discurs de Terris sobre la significança de la propagació de l’Informe Lalonde, serà compartida i materialitzada en forma d’estratègia universal amb la Declaració de la Carta d’Ottawa (OMS, 1986). El treball intens desenvolupat per les oficines regionals de l’OMS donaria lloc a les múltiples convencions internacionals sota el paraigua de “promoció de la salut”. La Declaració de la Carta de Bangkok (OMS, 2005), la novena Conferència Internacional de Xangai (OMS, 2009) o la formulació dels Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS, 2015) a aconseguir en l’agenda 2030 aprovats per consens en l’Assemblea de les Nacions Unides celebrada a Nova York del 25 al 27 de setembre de l’any 2015, són només algunes píncoles pràctiques de l’amalgama d’interessos i afany per construir un futur més equitatiu i sostenible en relació als constructes teòrics de benestar i salut.

A títol d’epítom d’aquesta primera aproximació a l’anàlisi històrica dels orígens de la promoció de la salut, Awofeso (2004) explicava en un article titulat “*What’s New about the New Public Health*” que les innovacions originals asseverades per alguns sectors de la comunitat científica en l’àmbit de la promoció de la salut no obeïen a una metamorfosi revolucionària¹, ans al contrari, eren desxifrades com el producte d’una metalepsi natural conseqüència del transcurs temporal de la història: “en el sentit que les contribucions antigues havien estat revisades des de l’òptica dels avenços en el coneixement, amb l’augment de la preocupació pels drets humans i els tractats emergents en salut” (p.707).

¹ En un article presentat el 9 d’abril de l’any 1984 a la Universitat de Toronto titulat “*Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report*”, Milton Terris, assegurava que “la publicació de l’Informe Lalonde (1974) obria una nova era en la planificació de la salut i instituïa un canvi revolucionari” (p.329).

Com a reacció a tot el moviment progressista que defensava la consolidació de la promoció de la salut com a disciplina, Awofeso (2004) en el seu article “*Whats’s new on the new Public Health*” suggereix que els avenços proclamats amb tanta enteresa en realitat no comporten cap canvi substancial en la categorització de les tasques de la promoció de la salut i la salut pública.

1.2. Promoció de la Salut i Prevenció de la malaltia

En una data com la de l'any 1986, l'Organització Mundial de la Salut reconeixia públicament la necessitat de replantejar la conceptualització i l'operativització de la salut i la dels seus agents. La primera conferència internacional en Promoció de la Salut celebrada a Ottawa del 17 al 21 de novembre de l'any 1986, va edificar els primers ciments de la nova representació de la salut i va establir les noves línies d'actuació a nivell nacional i internacional per a la consecució de l'establiment d'un nou paradigma científic i social. Anys més tard, les directrius polítiques i estructurals articulades des de les Nacions Unides conjuntament amb la influència del treball de camp i l'evidència empírica, van conduir a l'establiment del que alguns autors anomenaren la "Nova Salut Pública" (Baum, 2016; Tulchinsky i Varavikova, 2000).

La instauració d'un nou corol·lari en l'àmbit de la salut pública consensuat per l'ordre científic, social i polític, ha d'ésser interpretat com una conseqüència temporal fruit del curs natural de la història. La conceptualització i l'enquadrament de l'evolució cronològica dels preceptes relacionats amb la concepció contemporània de salut i les polítiques subjacents a l'ordre individual i col·lectiu són activitats fonamentals per a la correcta interpretació de l'estat de l'art en ple segle XXI. Per exemple, és freqüent l'ús indiscriminat dels termes prevenció de la malaltia i promoció de la salut en la pràctica quotidiana indistintament. Aquest fet, ha estat objecte de controvèrsia en nombroses ocasions, en part justificades per l'àmplia gama de conceptes difusos i "salubristes" (Restrepo, 2001a). Com a conseqüència de la primacia del model biomèdic instaurat en el segle XIX per Richard Bright, la tradició mèdica ha centrat els seus esforços en "prevenir" a l'individu de la malaltia. L'adopció i la instauració de la conceptualització de salut formulada per l'OMS l'any 1948, on aquesta es va definir com a "estat de perfecte benestar físic, mental i social, i no únicament l'absència de malaltia" (OMS, 1948, p.1) va contribuir al manteniment de les doctrines mèdiques en tots els camps de la salut, i de retruc, a la implementació de programes tant preventius com promotors de bones pràctiques reduïts a la persona i la seva condició patològica.

Un exemple d'intervenció promotora de salut concebuda des de la filosofia mèdica en relació als problemes socials va ser la campanya contra la Síndrome de la Immunodeficiència Adquirida (SIDA) causada pel Virus d'Immunodeficiència Humana

(VIH) de la dècada dels anys 80. Davant l'absència dels recursos biomèdics necessaris per afrontar la tempesta epidèmica del VIH/SIDA, la promoció de la salut com a estratègia epidemiològica va esdevenir un element transformador de les pràctiques de salut pública (Tulchinsky, 2018). La distribució de preservatius i de xeringues en grups considerats d'alt risc per les seves característiques personals i sociodemogràfiques, van resultar de gran interès com a mesures de contenció per reduir l'amenaça de propagació del virus fins al descobriment del tractament antiretroviral amb els inhibidors de la transcriptasa inversa a meitats de la dècada dels anys 90.

Si bé la incorporació d'estratègies promotores i preventives en l'afrontament de problemes mundials van resultar efectius (ONUSIDA, 2002), l'enfocament públic en l'aplicació de les mesures pal·liatives es va prefigurar des de la mirada patològica. És a dir, la implementació de les accions promotores de salut com a resposta institucional a un problema de caràcter clínic, i no com a instrument públic per impulsar els drets de les persones amb independència de la presència d'afeccions en el teixit social.

En l'actualitat, gairebé 38 milions de persones conviuen amb el VIH, el que suposa una reducció del 52% respecte les dades de l'any 1997 (UNAIDS, 2021). En el marc organitzatiu del panorama actual respecte a la síndrome, la promoció de la salut com a recurs segueix sent un element essencial en el control de la SIDA, i en especial en la promoció del tractament preventiu de grups de risc, com les dones embarassades seropositives i l'ardada instrumental monitorada per garantir la pràctica sexual segura en pacients infectats pel virus (Tulchinsky, 2018).

Programes d'intervenció d'aquesta índole, centren l'atenció en l'individu i desplacen el focus de la causalitat a l'estil de vida personal. L'atribució de la responsabilització categòrica a la persona com a agent últim de la seva situació, sovint comporta associades conseqüències socials, com ara aïllament i apatia (Harburg et al., 1973), més enllà dels efectes propis derivats directament de la pròpia conducta. En aquest punt, autors com Restrepo (2001b) coincideixen en la dificultat esdevinguda necessitat que tenen els professionals del camp de la salut de reconèixer la singularitat funcional de les dues etiquetes per garantir i delimitar la zona de treball i així, "contribuir de forma òptima a la distribució dels recursos tècnics i financers amb garanties d'eficiència i efectivitat" (Restrepo, 2001b, p.34).

A títol d'exemple, en l'entrada del diccionari de la llengua catalana el terme prevenció és defineix com “*l'acte de preveure (alguna cosa) per impedir-la, evitar-ne l'efecte etc*”. És a dir, pressuposa un efecte negatiu d'allò que es vol evitar. Mentre que l'accepció del mot *promoció* presenta exemples ambigus i difusos: 1. “*Acció de promouvoir a una dignitat, a un grau*”; 2. “*elevació simultània de diferents persones a un grau, a una dignitat*”. L'enrevesament exposat mitjançant l'anàlisi del tractament dels mots en el llenguatge comú, ens obliga a traslladar la qüestió al context de la salut pública per clarificar-ne les seves funcions.

1.3. Promoció de la Salut. L'Informe Lalonde com a punt de partida

Si els científics haguessin d'establir un moment temporal en l'espai cronològic de la història, l'epicentre i la raó explicativa de la revolució paradigmàtica en matèria de promoció de salut probablement l'establirien en l'any 1974. La publicació del document de treball *A New Perspective on the Health of Canadians* (Lalonde, 1974), per part del polític i Primer ministre de salut de Canadà, Marc Lalonde, va representar un qüestionament de les pràctiques polítiques salubristes sustentades en la perspectiva mèdica tradicional. D'acord amb el propi autor, el document “esbossa les nostres opinions sobre les direccions futures en el camp de la salut” (p.7) i afegeix “hi ha la paradoxa que tothom està d'acord en la importància de la investigació i la prevenció, però, tanmateix, es continua augmentant de manera desproporcionada la quantitat de diners destinat a tractar les malalties existents” (Lalonde, 1974. p.30).

Tot i que el concepte promoció de la salut ja havia sigut introduït a finals dels anys 30 per l'historiador Henry Sigerist com una de les quatre funcions bàsiques de la medicina (Sigerist, 1941), la definició conceptual del terme en l'esfera política va aparèixer per primera vegada en el treball de Lalonde (MacDonald i Bunton, 1992). L'informe tècnic elaborat pel Ministre de Salut del Canadà, exposava que totes les causes de mort i malaltia podien atribuir-se de manera generalitzada a quatre grans factors: (1) insuficiències en les provisions dels sistema de salut; (2) estils de vida o factors comportamentals; (3) contaminació ambiental; i finalment a (4) característiques bio-físiques. Aquest treball va constituir el primer anàlisi governamental en el qual es reconeixia públicament que l'estat de salut de la població té múltiples causes, en específic en la interacció entre els diferents

factors que conformen el Model de camp: la biologia humana, el medi ambient, l'estil de vida i l'atenció de la salut (Lalonde, 1974).

L'element central de l'informe declamat per Lalonde és la proposta titulada "Model de camp". Aquesta espècie de mapa de salut territorial havia estat desenvolupada per la subdivisió de planificació de salut del departament del mateix Departament de Salut i Benestar del qual Lalonde n'era responsable (Laframboise, 1973). La proposta teòrica de camp de salut dibuixada en el treball es pot dividir en quatre elements. El propi Laframboise, precursor de l'informe final reconegut mundialment, va distingir que el model conceptual contenia les característiques bàsiques per aconseguir l'acceptació de l'audiència i la comunitat internacional. Tot i les múltiples crítiques rebudes, com planteja Trevor Hancock (1986) "el fet que el concepte de camp hagi estat àmpliament acceptat suggereix que Laframboise tenia raó en la seva estimació" (p.94).

Per al Ministre Marc Lalonde, els principals factors condicionants de les malalties amb major prevalença i responsables de la major part de decessos de la població canadenca, en la seva majoria malalties cròniques no transmissibles, tals com problemes cardiovasculars, càncer, diabetis, accidents... no eren considerats prioritaris en la inversió pública de salut tot i ser responsables del 80% de la causalitat de les morts de les malalties mencionades al seu país. A tal efecte, i per mor de dotar de respostes efectives a la urgència mèdica nacional, realitzar un qüestionament de les polítiques nacionals resultava prioritari. Estimulat per les dades estadístiques i per la gestió dels recursos en l'àrea de salut, atès al fet que la majoria de les prestacions estaven dedicades principalment a l'organització i el manteniment dels serveis assistencials, el govern del Canadà va emfasitzar la creació de noves polítiques públiques allunyades del tractament i orientades a la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut (MacDonald i Bunton, 1992). L'informe conclou amb la descripció de dos objectius principals, cinc línies estratègiques i 74 propostes per a l'acció de les quals 23 estaven orientades a la pràctica de la promoció de la salut.

El fet que l'informe sorgís a Canadà, per a alguns autors no és casualitat. Com assenyala Sir George Alleyne, el qui fou director de l'Organització Panamericana de la Salut (OPS/PAHO), "no és accidental que l'ímpetu per al desenvolupament de la perspectiva de la Promoció de la Salut per a Tots, sorgís a Canadà, a qui se li atribueix el manteniment d'una visió més igualitària en temes de salut" (Kickbusch, 2003, p.383). Com el propi

Lalonde va esmentar (Lalonde, 1974), l'informe es va produir en un context social i temporal de revolució intel·lectual sobre la funció de l'atenció primària i de reforma política en temes de salut. Durant la dècada dels anys 70, es va viure una època de molt èmfasi en la salut comunitària a Canadà, fruit de canvis en els idearis dels valors socials (Hancock, 1986). En resposta a la necessitat incipient de reconsiderar l'efectivitat de la tradició estructuralista, en relació a la incidència de l'entorn i els estils de vida com a causes principals de la malaltia, es van originar una àmplia càfila de documents federals i informes provincials (Manitoba, 1972; Mustard, 1974; Nova Scotia, 1972; Quebec, 1970; Ruderman, 1970) els quals exhortaven a les institucions i a la comunitat científica una sèrie de canvis en l'organització dels sistemes de salut i la despesa monetària pública. Entre les reivindicacions manifestades destacaven l'augment prioritari dels sistemes ambulatoris respecte al tractament institucional (hospitals i centres especialitzats), les polítiques de promoció i manteniment de la salut per sobre de l'activitat sanadora de l'estat patològic a la par que una descentralització i major coordinació dels serveis (Hancock, 1986). En essència, la proposta ecològica canadenca a la pràctica pública constitutiva de la pauta mèdica tradicional, cuina una metamorfosi de la valència negativa atribuïda al concepte de salut i als seus agents. De forma consonant amb el desplaçament del focus de control enunciat en els treballs nacionals, Basaglia (1986) insinua que el model biomèdic polaritza de manera reduccionista la malaltia del pacient, apartant a l'individu del seu entorn.

Malgrat l'acceptació inicial de la proposta del Model de camp (Lalonde, 1974) i les posteriors reivindicacions per part de les oficines regionals de l'OMS i altres organismes internacionals en forma de conferències i tractats, com la Declaració d'Alma-Ata (OMS, 1978) i la Primera Conferència Mundial de Promoció de la Salut (OMS, 1986), entre d'altres, l'epítom formulat no va quedar absent de crítiques. Les observacions principals esgrimides pel gran públic referides a l'Informe Lalonde es centraren essencialment en dues direccions. Per una banda, autors com McEwen (1979) o Buck (1985) assenyalaren la falta de recomanacions pràctiques com la mancança més notòria del document. L'escassetat de noves directrius suggerides, ensems amb un període de dificultats econòmiques va originar que moltes de les accions descrites en el programa mai s'acabessin de traslladar i implementar al terreny de la pràctica (Hancock, 1986). Cal precisar que al país nord-americà la responsabilitat dels serveis de salut és provincial, mentre que l'informe es va elaborar en clau federal, sense albirar els mecanismes

necessaris per traslladar les recomanacions de l'esfera supranacional als serveis locals. De forma al·lusiva a les propietats burocràtiques del sistema de govern descentralitzat, Evans (1982) declamà "l'atenció generalitzada i l'entusiasme general que acolliren a la *Nova Perspectiva* no han estat seguits per canvis polítics" (p.328).

D'altra banda, la conceptualització exigua i confusa dels elements del Model de camp descrits en l'Informe, va ser objecte de discussió i desconhort entre alguns especialistes. Carol Buck (1986), professora d'epidemiologia i bioestadística de la Universitat de Western Ontario, en el seu treball "Després de Lalonde: la creació de la salut" posava de manifest la que per ella era la principal carestia de l'informe; la incapacitat de l'informe i les decisions polítiques posteriors de tractar adequadament el concepte relacionat amb el medi ambient. En el tractat, l'autora es preguntava retòricament pels objectes de preocupació dels habitants del Canadà, concloent que la variable de l'entorn és el factor explicatiu que més influeix en la creació i el manteniment de la salut de tota la població. Mostra de la preocupació a propòsit del tractament conceptual i pràctic que l'informe conferí a la variable ecològica, en l'origen explicatiu de la salut, Buck (1986) assegura que "l'entorn és el més important dels quatre elements del concepte de camp de salut de Lalonde: si l'entorn no és adequat, tampoc ho seran la biologia humana, l'estil de vida i l'organització de l'atenció sanitària" (p.444).

La rellevància que l'informe atribueix als determinants de l'entorn en la proposta pràctica, no és un cas del tot paradigmàtic. En l'estudi que Draper i col·laboradors (1979), varen efectuar sobre el treball elaborat per la comissió "Royal Merrisson" del Regne Unit, els autors van emfatitzar la poca importància que els experts atorgaven a les condicions de l'entorn en clau explicativa dels problemes en salut. En la conclusió, exposaren la necessitat que té la comunitat política d'abordar les qüestions ambientals més àmplies, sobre aquelles influències en les que els individus no tenen cap tipus de control.

En el mateix rumb argumentador que les idees descrites per Buck (1985) en la concepció diàfana sobre l'impacte del medi ambient en l'estat de salut de les persones, Hill (1978) transita per la frontera del debat de l'atribució de la responsabilitat i fa ús d'aforismes per precisar la confusió descrita en l'informe. Per a aquest autor, "no hi ha diferències entre l'estil de vida i l'entorn. L'estil de vida és l'aspecte social de l'entorn" (p.193). En la gènesi de la proposta original del Ministeri de Salut i Benestar del Canadà, hi havia interessos econòmics. Evans (1982), suggereix que l'estímul governamental per controlar

el cost dels serveis contraresta la visió dels partidaris d'augmentar la despesa en atenció mèdica, degut a la falta d'evidència entre una major inversió en els sistemes de salut i la millora de la qualitat de la mateixa. Addicionalment, l'autor insinua que aquesta proposta podria ser adoptada per a alguns governs com una mesura per reforçar la responsabilitat individual, atribuint les causes de les condicions personals a l'estil de vida dels individus.

La responsabilització a l'individu del seu estat de salut és un atribut característic de les estratègies de prevenció. La conducta d'evitació és un reflex de la significança negativa de la malaltia. En la cerca dels elements responsables de l'estat de salut, Beauchamp (1976) proposa diferenciar entre "justícia social" i "justícia de mercat". Per a aquest autor, els programes d'intervenció s'han d'elaborar des de la segona concepció. La justícia de mercat obliga a establir una diferència entre el dany causat per la contaminació atmosfèrica i el generat per les indústries de tabac o alcohol, perquè en el darrer cas les persones malaltes són percebudes com a voluntàries de la seva conducta. Això és, la necessitat de reconeixement de l'origen concret de la condició particular per part de les polítiques públiques, amb la intenció d'evitar falses responsabilitats i construir activitats d'intervenció més eficaces.

En relació als neologismes descrits anteriorment, Hill (1978) identifica en el model de mercat el motor de la conducta egoista i l'atenció mèdica individualitzada quan enuncia que "és l'individualisme radical inherent en el model de mercat que fomenta l'atenció a la conducta dels individus i la inatenció a les condicions prèvies socials de la conducta" (p.193). Dita afirmació, justifica en part, la visió individualista de responsabilitat argumentada en la manifestació de la perspectiva canadenca en salut i s'oposa a les conjetures dels professionals que desaprovaren l'Informe Lalonde per sobre emfatitzar la variable estils de vida, i conseqüentment identificar a l'individu com l'agent últim responsable del seu estat de salut (Raphael, 2008).

Més enllà de les dificultats descrites i les possibles causes del desencantament en l'aplicació de les directrius definides en el treball original, el caràcter estàtic assignat als quatre elements proposats en el Model de camp, va ser objecte de discussió retòrica però també va impulsar noves vies de pensament. D'una banda, la proposta va instal·lar un moviment crític en part justificat per l'incompliment de les polítiques manifestades en l'informe. D'altra part, les paraules mecanografiades fruit de la reflexió crítica van traspasar les fronteres de la raó pràctica, per adquirir una dimensió ulterior. Per mitjà de

l'activitat reflexiva, la proposta revolucionària en termes de pensament mèdic, va impulsar el desenvolupament de la promoció de la salut com a disciplina científica.

Segons Labonté i Penfold (1981), tant l'Informe Lalonde com la promoció de la salut tracten els diferents factors que afecten a la salut de forma independent, i no com a variables interactives del model. La concepció determinista en salut il·lustrada pel govern federal canadenc, com hem assenyalat no va estar absenta de crítiques. No obstant, la introducció de més agents en l'esquema polític sobre les responsabilitats públiques en temes de salut, i la seva relació amb l'individu, va permetre als professionals de diversos camps científics i polítics reorientar el prisma analític dels problemes quotidians vehiculant l'acció individual amb les condicions idiosincràtiques dels entorns concrets.

Tot i les múltiples limitacions identificades a la proposta del Model de camp anys després de la seva publicació, l'Informe Lalonde va establir un punt d'inflexió en la doctrina dogmàtica mèdica occidental. La incorporació d'una nova cosmovisió dels fenòmens socials, va propiciar que la promoció de la salut adquirís progressivament protagonisme en les estratègies i les directrius polítiques nacionals i internacionals, fins al punt de ser catalogada com a "nova ciència" (McQueen, 1988). En els anys posteriors a la difusió de l'informe, altres països com els Estats Units d'Amèrica (US Surgeon General, 1979) i el Regne Unit (Department of Health & Social Security, 1976), van elaborar treballs nacionals similars al canadenc. La repercussió experimentada a tots els nivells, va ser considerada per Milton Terris, com a "nova era en la planificació en salut" (Terris, 1984).

1.4. De l'Informe Lalonde a la contribució americana

En avinentesa de les característiques revolucionàries en matèria de salut pública introduïdes en l'Informe Lalonde (1974), el Departament de salut i serveis socials del govern dels Estats Units va incorporar en el catàleg de funcions públiques la figura de l'Oficina Nacional per a la Prevenció de Malalties i Promoció de la Salut (ODPHP). Des de la proclamació dels objectius nacionals en el primer informe general de l'any 1979, l'organisme departamental encarregat de la gestió dels problemes socials relacionats amb la salut ha establert, d'acord amb les exigències temporals de cada període històric, els objectius i les estratègies necessàries per afrontar i combatre les dissonàncies i els factors que comprometen la salut de la societat nord-americana.

Com el propi nom de l'organització deixa entreveure explícitament, la contribució principal del Departament de salut del país nord-americà va ser la categorització individual i el tractament prioritari amb connotació separatista de les dues variables, prevenció i promoció, que fins al moment, sovint havien estat debatudes de forma anàloga (Morgan i Marsh, 1988). Tot i la tendència política exhibida en la primera meitat del segle XX d'agrupar ambdós termes sota el mateix marc de referència, els primers esforços esgrimits per reclamar el paper i la distinció a títol individual de la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut varen ésser efectuats pel professor i historiador Henry Sigerist quan va diferenciar de forma explicativa les funcions de les mateixes, al seu enteniment de la medicina social en la publicació de l'obra "Medicine and Human Welfare" (Sigerist, 1941). Segons la concepció holística de Sigerist, influenciada pel transfons europeu dels seus orígens, la fórmula i el sistema per promoure la salut s'havia de basar en la construcció d'una visió mèdica integral, la qual considerés en la seva pràctica tots els elements de l'entorn social i ambiental. D'entre els elements proposats a judici clínic destaquen la provisió de bones condicions de vida, la creació d'òptimes condicions laborals, l'establiment de mitjans per al descans i la recreació, l'educació i l'activitat física. Una dècada abans de la publicació del treball de Sigerist, l'any 1920, el destacat teòric en salut pública Charles Edwards Winslow ja havia considerat en les seves publicacions, malgrat de forma imprecisa, la vàlua dels elements socials en la concepció de l'ofici de la salut i les forces polítiques. En la seva definició sobre salut pública, va destacar l'algorisme que la mateixa havia d'incloure per la consecució "del desenvolupament de la maquinària social que assegurarà a cada individu de la comunitat un estàndard de vida adequat per al correcte manteniment de la salut" (Winslow, 1923, p.1).

Novament en el context nord-americà, l'any 1979 el cirurgià general dels Estats Units Julius Richmond, va desenvolupar un marc de treball més comprensiu amb les noves directrius polítiques adesades a la nova concepció de la promoció de la salut i el seu paper dins de la salut pública. L'exercici de treball reflexiu va ser anomenat "Gent saludable: L'informe General del cirurgià en promoció de la salut i prevenció de la malaltia" (McGinnis, 1991), i va donar pas a la política "*Healthy People 1979*". L'objecte del nou pla director instigat per les directrius revolucionàries en relació a l'origen de les afliccions i la funció pública, mencionades en l'Informe Lalonde, consistia en l'establiment d'una bateria d'objectius nacionals dissenyats de forma específica per fomentar l'activitat

intersectorial, orientar l'elecció individual de les opcions més saludables i mesurar l'impacte de les polítiques en el teixit social. Com a resultat dels esforços esgrimits per l'oficina en l'establiment d'objectius mesurables per millorar la salut general de la població, les dades obtingudes en els anys posteriors a la implementació de les estratègies definides en el pla nacional, van resultar en una millora dels sistemes de protecció als vehicles a través de l'ús del cinturó de seguretat, es va detectar una disminució del consum d'alcohol i es va registrar una reducció significativa del consum de tabac (MacDougall, 2007). En el llibre "*Free to be foolish*" Howard Leichter (1991) analitza de forma comparada els avenços en les polítiques públiques adoptades al Regne Unit i als Estats Units d'Amèrica. Malgrat els avenços registrats al respecte, i les polítiques restrictives experimentades durant el mandat dels republicans, Leichter tracta d'examinar de forma empírica la causa dels resultats positius documentats en relació a la disminució del consum d'alcohol i de tabac, tot i el bloqueig federal i puntualitza la regressió en la lluita contra l'obesitat i la manca de directrius promotores d'exercici físic.

Amb tot, l'estratègia "*Healthy People 1979*" va establir un punt de partida, a la par que va assentar les bases de les directrius polítiques futures. Prèviament a l'emissió del treball del cirurgià general, no s'havia concretat cap document que servís de far orientador en la pràctica de la prevenció primària en salut (Brown, 2009), fet que apunta la naturalesa clínica imperant de l'enquadrament polític dels afers sanitaris, i la immaduresa conceptual en termes d'inclusió de la promoció de la salut de forma independent a la pràctica restaurativa tradicional de les funcions preventives.

La necessitat expressada pel govern estatunidenc d'adoptar nous canals de tractament i intervenció en relació a les problemàtiques en salut va està influenciada per dos determinants que permeten explicar el treball de l'aportació del cirurgià general a la definició de la promoció de la salut, i el desenvolupament de les futures directrius manifestades i materialitzades en forma d'objectius específics de treball en els informes posteriors. Per una banda, la declamació de l'Informe Lalonde i el proveïment d'un model teòric a partir del qual avaluar la influència dels factors socioculturals en la recerca explicativa de l'origen de les malalties del moment va estimular la reconsideració de les activitats econòmiques i la posició causal de les mateixes en l'explicació de l'estat de salut de la societat americana dels anys 70. La cita de MacDougall (2007) exemplifica de forma límpida la transcendència de l'argumentari estadístic original canadenc en els treballs posteriors del país veí.

L'Informe Healthy People 1979 argumentava que el 50% de la mortalitat l'any 1976 era causada pels estils de vida pobres, el 20% era conseqüència dels factors ambientals, la biologia humana era responsable d'un 20% de les defuncions i el 10% restant a la ineficàcia del sistema sanitari. (MacDougall, 2007, p.958)

Per altra banda, i de forma complementària a l'anàlisi estadístic efectuat a partir de dades públiques i presentat en el primer informe del cirurgià general (US Surgeon-General, 1979) a la dècada dels anys 70, durant el mandat del president Richard Nixon, els Estats Units varen haver de fer front a la Guerra del Vietnam i a l'augment de la despesa sanitària. Degut a les dificultats per gestionar l'encariment dels serveis d'atenció en salut, i la consumició de recursos derivats de la intervenció americana al sud-est asiàtic, el senador Edward Kennedy recolzat pel president demòcrata Jimmy Carter elegit l'any 1977, va advocar per la construcció d'un nou enquadrament d'assistència sanitària basat en el programa universal canadenc de sistema de pagament únic (Gordon, 2003). El Secretari de salut, d'educació i benestar Joseph Califano era un estricte defensor del sistema sanitari universal i proposant del Model de camp de Lalonde. La concordança ideològica sobre els nous rumbos de les polítiques sanitàries entre els dirigents dels dos països nord-americans va servir de catalitzador per a l'emissió de la reacció americana a la proposta canadenca i a la vertebració de les posteriors polítiques i comunicacions.

L'informe "*Heathy People 1979*" va servir de trampolí per potenciar el treball conjunt entre investigadors, grups governamentals i no governamentals i organitzacions dedicades al tractament de la salut, exercici que va derivar en la producció del document específic en el qual es definien els objectius nacionals de promoció de la salut i prevenció de la malaltia i les estratègies corresponents a incorporar en les pràctiques públiques (Mullan, 1989). A diferència de la proposta de treball canadenca i la iniciativa britànica, el propòsit del plantejament estatunidenc reconeixia tres àrees de treball principals: serveis de prevenció en salut, protecció sanitària i promoció de la salut (MacDougall, 2007). L'arribada al poder del president republicà Ronald Reagan el gener de l'any 1980 va limitar el finançament públic de la iniciativa del Departament nacional de salut, fet que no va elidir els propòsits marcats a aconseguir l'any 1990.

L'Informe *Healthy People 1979* va ser el primer d'una àmplia producció de documents de treball nacional al país dels 50 estats. A la contribució inicial, la varen seguir les

propostes *Healthy People* 1990, 2000, 2010 i 2020, totes elles concebudes des de la perspectiva longitudinal de les intervencions prèvies i circumscrites a les característiques socio-històriques de cada moment temporal. Tot i l'àmplia acceptació rebuda des de la seva declamació, el treball original no ha estat exempt de crítiques. L'ambigüitat expressada en la categorització de la promoció de la salut ha estat objecte de confusió en la interpretació de les funcions de la mateixa (Restrepo, 2001b). Si bé l'Informe General té les seves arrels en el transfons de l'activitat canadenca, la descripció embolicada expressada en el document final exhibeix contradiccions i dificulta la interpretació independent dels dos conceptes objectes d'anàlisi: prevenció de la malaltia i promoció de la salut. Per altra part, la majoria de les reivindicacions crítiques s'han centrat en el treball "*Healthy People 1990*", i no en les conseqüències positives per a la salut de la població derivades dels estudis precedents. A aquest respecte, autors com Andersen i Mullner (1990) consideren que els objectius plantejats a assolir l'any 1990 no reflecteixen les necessitats socials del moment. El dèficit d'inclusió d'accions contra el VIH o la SIDA són alguns exemples de les carències expressades pels experts. No obstant aquest matís, en relació a l'aparent inatenció del tractament públic de les infeccions predominants en la societat americana de la dècada dels anys 80, principalment la infecció per VIH i SIDA, l'any 1983 el Servei de salut pública del govern nord-americà va reconèixer la infecció com una epidèmia nacional.

La preocupació mostrada pel govern d'afrontar de forma integral la prevalença de malalties infeccioses provocades per agents vírics queda palesa en les paraules de l'assistent del secretari de salut Edward Brandt, el qual l'any 1983 escriví "la cerca de respostes a la causa, el tractament, i la prevenció dels AIDS és la prioritat número u del servei de salut pública" (Brandt, 1983, p.306).

Tot i les paraules de preocupació dels responsables del servei de salut pública, en els anys posteriors l'abordatge nacional contra la transmissió de la SIDA va constituir una estratègia prioritària en els objectius nacionals de l'any 1990 (Parra i Cates, 1985). La resignació davant l'anodina voluntat de l'esfera supranacional per afrontar la problemàtica, queda perfectament exemplificada en les paraules de Andersen i Mullner (1990) "cap acció va ésser engegada per tractar la malaltia més prevalent i més mortífera, la SIDA" (p.153).

Reprement la crítica vers la inacció del sistema públic contra la virulència de la malaltia generada pel VIH en la població general, els mateixos autors expressen les debilitats registrades en l'informe en la concessió de significança a cada objectiu i el seu pes individual en el còmput global. En el mateix fil argumentador, Brown (2009) suggereix que l'ampli nombre d'objectius definits en l'agenda podria ser contraproductiu per a l'assoliment de les metes desxifrades, en tant que podria diluir el seu impacte. Dit d'una altra manera, l'optimisme exhortat pel treball original del cirurgià general, supeditat a la voluntat de reivindicació de l'eficàcia del nou sistema americà de salut pública, va agonitzar les conseqüències dels èxits pretèrits conduïts per l'afany de reivindicació política i dominància internacional.

Menystenint el fet que més d'un quart dels objectius estipulats a assolir l'any 1990 no es varen arribar a mesurar mai (US Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1986), i a les crítiques purament de caràcter general, alguns sectors concrets de la societat van considerar que els objectius plantejats des del Departament de Salut i Benestar no satisfien de forma adequada les demandes que consideraven capitals. Alguns grups com el *Children's Defend Fund* reclamaren que molts dels objectius plantejats en l'agenda de les metes a lliurar l'any 1990 no s'estaven atenent, i per tant, mai s'arribarien a assolir. De la mateixa manera que les dades presentades en l'Informe "*Healthy People 1990*" varen deixar en evidència l'existència de desigualtats significatives en el tractament de la salut d'alguns subgrup poblacionals i algunes minories en comparació amb la resta de la població. Conseqüència d'aquest fet, l'accés igualitari al sistema assistencial en salut va esdevenir una prioritat en els treballs posteriors (Brown, 2009).

Les paupèrrimes dades registrades en termes de mortalitat infantil i d'esperança de vida en els primers anys de vida en comparació amb altres països amb estàndards de vida similars o inferiors al estatunidenc (Hughes et al., 1989), conjuntament amb la mancança de dades estadístiques proporcionades pel centre nacional d'estadístiques en salut (1989), el qual reflectia que 30 milions de persones no tenien cap tipus d'assegurança mèdica a finals de la dècada dels anys 80, va posar en entredit les doctrines adoptades en la lluita a favor de la promoció de la salut i el sistema sanitari i econòmic inherent a la política "*Healthy People 1979*" impulsada per la declamació de l'informe del cirurgià general l'any 1979 (US Surgeon-General, 1979).

Per bé que els Estats Units invertiren la major part del producte interior brut en salut, més que qualsevol altre país occidental industrialitzat, les dades registrades en els diversos treballs elaborats de manera periòdica durant la dècada dels anys 80 no acabaren de satisfer les expectatives registrades. No obstant, tot i l'amalgama de crítiques rebudes l'exercici i l'esforç insuflat en les creences d'un nou *modus operandi* en la concepció d'estratègies en salut, el treball i el compromís social dels serveis de salut pública, van i segueixen en l'actualitat, dotant de recursos i respostes als reptes socials. El fragment següent il·lustra amb magistral subtileza i poques paraules la radiografia de l'intent explicatiu exposat en els paràgrafs anteriors.

En resum, creiem que l'elaboració i avaluació dels objectius a l'any 1990 va ser un exercici monumental i genèricament útil. La rellevància dels objectius ha sigut a vegades limitada per la complexitat del procés i per la confusió generada sobre la finalitat i les presumpcions subjacents. (Andersen i Mullner, 1990, p.161)

1.5. De la contribució americana a l'Informe Epp

Un altre document polític de rellevància vital que va establir un punt i a part en la conceptualització dels problemes de salut pública va ser l'informe elaborat pel primer Ministre nacional de Salut i Benestar del Canadà, Jake Epp. De manera recurrent en les anàlisis històriques, els avenços declamats en el treball institucional canadenc han estat solapats amb la celebració de la Primera Conferència Mundial de Promoció de la Salut, i en la resultant Carta d'Ottawa. A despit de les múltiples possibilitats d'acció, l'elecció d'anàlisi individualista a mercè del trencament binomial,² no afecta ni a la qualitat de les valoracions, ni molt menys altera l'ordre i la consideració dels esdeveniments.

L'any 1986, mesos abans de la celebració de la primera conferència internacional per a la promoció de la salut, el Ministre Jake Epp, va fer públic un informe titulat "*Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*", el qual també s'ha anomenat l'Informe Epp. El treball publicat pel govern canadenc, posa de relleu les diferències

² Donat el solapament cronològic de les dues publicacions, l'Informe Epp i la Carta d'Ottawa sovint compareixen explicats de forma simultània. En l'article "Twenty years since Ottawa and Epp: researchers' reflections on challenges, gains and future prospects for reducing health inequities in Canada" (Collins i Hayes, 2007), els autors analitzen de forma descriptiva i des d'un prisma integral la repercussió d'ambdós documents en el tractament i l'estat de l'art al Canadà 20 anys després de la seva publicació.

significatives observades entre diferents grups poblacionals en relació a l'esperança de vida, en el que els nuclis més desavantatjats presentaven menys oportunitats d'envelliment respecte els grups amb més recursos.

Les disparitats en la condició de l'estat de salut registrades en termes cronològics en la població canadenca, van ser atribuïdes pel primer ministre a les oportunitats d'accés als diferents recursos socials. L'informe assenyala tres forces essencials en l'explicació de les disparitats identificades: auto-cura, ajuda mútua i entorns favorables (Epp, 1986). El reconeixement d'aquestes variables com a font del panorama multiforme representa un intent de caracteritzar l'abordatge i la gestió sanitària des d'una perspectiva externa als principis mèdics tradicionals. En l'exercici analític del diagnòstic polític de la representació de la societat canadenca del moment, el departament nacional va estar influenciat per les fortes directrius dels intents revolucionaris de la dècada anterior.

La formulació del Model de camp de Lalonde (1974), vertebrat per les idees de Laframboise (1973) i influenciat per les idees del treball de McKeown (1979), van articular les primeres regles d'un sistema transformador en el camp de la promoció de la salut. L'aplicació política del concepte "Model de camp" queda conspícuament integrat en les bases de les directrius vertebradores de l'Informe Epp (1986). La interpretació holística de les forces que conflueixen en el dia a dia de les persones, entenent la societat com a sistema integral, és l'exemplificació reduïda de la dissertació efectuada per l'exministre Marc Lalonde l'any 1976 que el va conduir a introduir noves mesures polítiques basades en una aproximació més holística dels problemes de salut de la població. Des de la nova concepció salubrista, l'ús de la metàfora de "camp" permet reconèixer en el transfons de la partícula substantiva un flaïre de les noves corrents impulsades en la comprensió de les causes dels problemes de salut de la societat.

Sintèticament, el significat del concepte principal de la nova proposta canadenca queda recollit de la següent manera: "La promoció de la salut implica un compromís per afrontar els reptes de reduir les desigualtats, ampliar l'abast de la prevenció i ajudar les persones a fer front a les seves circumstàncies " (Epp, 1986, p.427).

Tot i la preocupació compartida relativa a la importància d'alguns determinants socials en ambdós documents, i la funció dels sistemes de salut dins del model, la contribució efectuada dotze anys més tard de l'aparició de la proposta de Lalonde pel Ministre de

Salut i Benestar de Canadà (Epp, 1986) presenta algunes discordances respecte la proposta teòrica del Model de camp original. En primer lloc, l'objecte central d'anàlisi de la contribució de l'Informe "*Achieving Health for All*" és la necessitat de reduir les desigualtats en salut. En referència a l'exigència detectada originada en la seva majoria per les heterogènies condicions de desigualtat en els diferents entorns nacionals, el Ministre Epp en el seu informe adverteix que "hi ha proves inquietants que demostren, que tot i el sistema sanitari superior de Canadà, la salut de la gent continua directament relacionada al seu estatus econòmic" (Epp, 1986, p. 421). Com a resposta al trencaclosques esbotat, i amb l'objectiu últim de reduir les desigualtats en salut, l'informe adverteix de la necessitat implícita de fomentar la participació pública en l'exercici de l'elaboració de polítiques, enfortir els serveis centrats en la comunitat i incentivar la coordinació intersectorial en el disseny de les estratègies i les directrius governamentals (McIntyre, 1992).

En la nostra opinió, la significació del treball d'Epp per al desenvolupament de la promoció de la salut no radica en les propietats innovadores de l'objecte reivindicat; les bases del discurs estan fortament influenciades per l'al·locució tradicional de la nova corrent canadenca en salut pública iniciada en l'Informe Lalonde. El principi distintiu de la producció del Ministre de Salut i Benestar de Canadà, resideix en la dimensió política que atribueix de forma específica als determinants de la salut i a la necessitat en forma de reclam públic de reconsiderar el valor dels factors que incideixen en la construcció de les condicions desiguals en salut de la població. Paral·lelament al interès de reconsideració política de la significança dels factors de l'entorn, l'Informe Epp representa un producte institucional concebut des de la preocupació per inquirir la funció de la promoció de la salut, en tant que estratègia per abordar les disparitats que afligeixen la qualitat de vida de la societat. En paraules de Jake Epp:

La gent sovint associa la promoció de la salut amb pòsters i pamflets, però aquesta visió simplista és similar a associar el sistema d'atenció mèdic a bates i estetoscopis... la promoció de la salut és una estratègia que sintetitza l'elecció personal, la responsabilitat social, i la mirada ambiental per crear un futur més saludable. (Epp, 1976, p.422)

Malgrat el lliurament de directius aportades per combatre la visió “*blaming the victim*” característica dels defensors del model de facticitat (Doughrty, 1993) i la reivindicació de considerar la importància dels determinants socials i en salut, el canvi de govern l’any 1993 i les dificultats econòmiques experimentades expressades per mitjà de limitació de recursos, va impossibilitar la materialització de les ambicions recollides en l’ideari d’acció original. La simultaneïtat temporal en la publicació de la Carta d’Ottawa va servir de pretext per dissipar en l’oblit la inacció de les exigències proclamades.

De la mateixa manera que els principis declamats en l’exercici polític del Ministre Epp mai es van traslladar al terreny de l’activitat pràctica, el transfons de l’argumentari reclamat es pot veure exemplificat en els treballs científics desenvolupats en la dècada posterior i la creació de grups de treball per part dels organismes governamentals nacionals orientats a la demostració empírica de la influència dels determinants socio-econòmics. La creació del comitè consultiu territorial, federal i provincial sobre la salut de la població l’any 1994 és una mostra intel·ligible de la convicció estatal i la magnitud política i científica adquirida pels nous models explicatius de la salut centrat en els determinants socials i els elements que la voregen. La publicació del llibre de Evans et al. (1994) és l’exemplificació postrema del nou rumb contret pels elaboradors de polítiques en l’anàlisi de la confluència de les qüestions sanitàries dins del nou marc ecològic, recolzat en la justificació empírica, i viceversa.

1.6. De l’Informe Epp a la Carta d’Ottawa

Les formulacions posteriors engendrades en el marc de la proposta del Model de camp, va suposar un trencament en el fris cronològic dels esdeveniments així com una re-definició en la forma de pensar la responsabilitat de les ciències polítiques i socials en l’articulació d’estratègies i respostes davants els reptes socials i de salut. La incorporació de noves relacions en la teoria explicativa dels fenòmens socials va suscitar una nova dialèctica entre la promoció de la salut com a disciplina científica i la seva posició dins dels plantejaments polítics en el paratge de la salut pública. En matèria de responsabilitats, l’Organització Mundial de la Salut va contribuir al desenvolupament dels nous plantejaments actuant com a nexa entre l’espargiment de les últimes evidències científiques i l’orientació política dels nous marcs d’actuació.

L'any 1986 es va constituir la primera Conferència Internacional de Promoció de la Salut a Ottawa, Canadà. Organitzada per l'OMS, l'Associació Canadenca de Salut Pública i el Ministeri de Salut i Benestar Social de Canadà, l'esdeveniment va reunir més de 200 delegats de 38 països diferents. Entre els diferents resultats i acords refermats, es va aprovar la coneguda com a Carta d'Ottawa, la qual ha estat considerada com el document més important en la construcció del marc de referència de la nova concepció de la Promoció de la Salut (Restrepo, 2001a). L'establiment d'un nou paradigma en Promoció de la Salut per part dels organismes internacionals, ha exercit, tant directament com indirecta, una influència significativa en la clarificació del debat sobre la salut pública, en les formulacions de polítiques públiques i en la ideació de les pràctiques promotores de salut en molts països (Kickbusch, 2002).

El treball que va resultar en la propagació de la Carta d'Ottawa, va ser conseqüència de la intensa dedicació investigadora desenvolupada durant cinc anys per l'Oficina Regional Europea de l'OMS. Els antecedents polítics que varen influir en la seva concepció van ser, segons Kickbusch (2003), la filosofia de "Salut per a Tots" (OMS, 1984) i el concepte de camp de Lalonde (1974). En la dècada dels anys 70, Canadà era l'únic país del món que contava en l'àmbit públic amb la figura de la direcció general de la Promoció de la Salut, un organisme encarregat d'analitzar i implementar activitats concretes d'aquest nou camp científic en vies de desenvolupament i reconeixement restringit a l'àmbit nacional.

La implementació exitosa de projectes específics com el programa "*participation*", va contribuir a la projecció internacional de la Promoció de la Salut com a camp d'estudi independent. En l'àmbit europeu, des de l'Oficina Regional Europea de l'OMS els projectes desenvolupats estaven instituïts des d'una òptica d'educació per a la salut, amb les limitacions conceptuals inherents a la concepció del constructe *per se* i amb el record dels fracassos observats en la implementació dels programes educatius del passat sustentats en la pedagogia de la salut únicament (Nutbeam, 2000). Després de cinc anys de col·laboracions internacionals amb les agències de salut canadenques, els agents responsables de l'OMS a Europa, en aquells temps sota la direcció de Ilona Kickbusch i Robert Anderson, decidiren crear un programa nou anomenat Promoció de la Salut a partir de l'any 1984. Aquesta idea queda perfectament exemplificada en l'analogia establerta per Kickbusch (2007b) en la que les arrels de la promoció de la salut s'estan

expandint com un rizoma. I en aquest sentit l'emergència de nous reptes en aquest àmbit no renega de la rellevància de la Carta d'Ottawa.

La descripció morfosintàctica de les pretensions futures de l'agència europea de l'OMS, permeten entre veure dues directrius estratègiques que orientaran les pràctiques futures de l'organització en relació al nou constructe científic. De primer antuvi, es mostra la necessitat ecumènica dels diferents organismes públics d'adoptar nous marcs de referència en l'aproximació als problemes relacionats amb la salut de les persones. I en segon lloc, la reconvenió de consolidar la promoció de la salut com un constructe autònom, emancipat tècnicament dels vestigis pretèrits de la concepció clàssica dels models de prevenció i educació en temes de salut.

Com a resultat dels esforços conjunts per donar visualització i dotar de reconeixement a la significança de la promoció de la salut com a estratègia capital en l'afrontament de les noves exigències sanitàries, l'augment exponencial de malalties no infeccioses i la interpel·lació de la funció del sector d'atenció primària tractat en la conferència d'Alma-Ata (OMS, 1978), l'any 1986 per conducte de l'experiència canadenca i els objectius de la Salut per a Tots (*Health for All* en anglès), els quals varen aprovisionar de legitimitat i major visibilitat a les noves perspectives en promoció de la salut, es va crear l'entorn polític òptim per a l'aprovació de la Carta d'Ottawa.

El document original proporciona un compendi d'estratègies i recomanacions per aconseguir els objectius establerts en la Declaració d'Alma-Ata (OMS, 1978) sota el lema Salut per a Tots l'any 2000, els quals no avançaven d'acord a les expectatives esperades en el moment de la seva ratificació (OMS,1986). A l'arbitri de Restrepo (2001a), "la Promoció de la Salut sorgeix llavors, com a una nova forma de reactivar els processos d'acció intersectorial i les intervencions en el terreny polític, per aconseguir millors condicions de salut al món" (p.26). És a dir, la consideració de la nova pràctica com a vehicle unificador de les accions polítiques empreses per la ONU en l'abordatge dels reptes plantejats en col·laboració amb l'acció conjunta amb les altres institucions a partir d'un marc de referència comú. D'aquesta manera, la definició de salut proposta i firmada en la Carta d'Ottawa pot ser interpretada com el llaç estructurador de la nova lògica a partir del qual amotinar el nou paradigma en les ciències de la salut.

Contràriament a la definició original proposta per l'OMS (1948), la Carta d'Ottawa caracteritza la salut com “un recurs per al dia a dia, no l'objectiu de viure” (OMS, 1986, p.1). Sota aquest nou marc interpretatiu, el concepte de salut adquireix una nova dimensió voluntària, traslladant el locus de control de l'exterior cap a la persona, i modificant la naturalesa estructural de l'element. La salut en aquest paratge innovador de característiques salutogèniques³, (Antonovsky, 1979) obté la condició de recurs i deshabita l'objecte últim de destí; traspasa les fronteres del valor biològic per emmirallar-se amb la realitat.

D'acord amb la nova norma salubrista en la qual la salut adquireix propietats ecològiques, la promoció de la salut és definida com “el procés de permetre a les persones incrementar el control de la seva salut” (OMS, 1986, p.1). A la recerca de noves formulacions allunyades del corol·lari biomèdic tradicional, la nova disciplina estableix unes condicions mínimes per garantir la consecució del nou paradigma holístic positiu que, segons Restrepo (2001a), “integra totes les característiques del benestar humà” (p.24). Aquestes condicions mínimes són formulades sota el paraigües de “prerequisits per a la salut” i constitueixen els requisits a respectar en tots els nivells per atènyer l'objectiu de garantir que totes les persones tinguin els recursos per afrontar les condicions diàries que comprometen el benestar, i puguin desenvolupar el seu màxim potencial en salut. Les condicions fonamentals i recursos per a la salut definits en el document final són: la pau, refugi, educació, aliments, ingressos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justícia social i equitat.

En aquest punt de l'anàlisi dels esdeveniments històrics, creiem necessari interpel·lar el desenvolupament natural del relat a mode d'introducció per a la lectura dels blocs posteriors en dos nivells. En primer lloc, des d'una parcel·la teòrica cal assenyalar de manera succinta el canvi paradigmàtic en la interpretació pròpiament epistemològica del concepte de salut. Des de l'època del racionalisme il·lustrat del segle XIX, la noció de salut s'havia definit com una “normalització” de les funcions biològiques. És a dir, l'objecte d'anàlisi no era la condició saludable, sinó la conceptualització de la malaltia com una alteració de les funcions de l'organisme, i per tant, la presumpció de l'existència

³ En un escrit sobre les funcions de la promoció de la salut, Antonovsky (1996) addueix que el conjunt d'axiomes desenvolupats sobre l'orientació salutogènica té la capacitat d'estructurar els ciments d'una nova teoria harmònica amb el nou model de promoció de la salut.

d'una "normalitat" sana per ommissió de lesions en l'aparell biològic. Des d'aquesta perspectiva fisiopatològica el concepte de salut només adquireix solidesa quan se l'emmiralla amb l'estudi de la malaltia. En aquesta línia de pensament, Ellison (1983) suggereix l'existència d'un continu polietàpic de cinc nivells en el que la salut és el contrari de la malaltia. En la construcció de la idea de salut promulgada en la Carta d'Ottawa, aquesta és considerada com un recurs; un objecte propi dinàmic i relatiu en constant reformulació influenciat per les característiques temporals i socials del context particular, i en el que l'individu adquireix un rol actiu en la modulació de la mateixa.

Paralelament a la resolució dels interrogants epistemològics lligats amb l'anàlisi i la conceptualització de la salut com a objecte d'estudi, en un pla més tècnic, la solidesa de la Carta d'Ottawa assenyala la importància de les condicions de l'entorn quan afirma que "la salut es creada i viscuda per les persones en els espais on aprenen, treballen, juguen i estimen" (OMS, 1986, p.iii). Aquesta característica aparentment trivial d'una aportació major en conjunt, és reforçada posteriorment en la Declaració de Sundsvall (OMS, 1991) per a la creació dels entorns de suport, i tota una corrent d'estudis focalitzats en analitzar les desigualtats socials com a productes relatius de les condicions de l'entorn (Emmons et al., 1994; Kawachi et al., 1997; Wilkinson, 1992). En la dècada dels anys 90, la materialització dels principis polítics efectuats en les conferències internacionals en promoció de la salut, es transformaren en un impuls pràctic amb la implementació del projecte *Healthy Cities* (Ashton, 1991) impulsat per l'OMS. En l'actualitat, diversos països com Taiwan (Hu i Huang, 2020), la Xina (Yang et al., 2018) o Israel (Bar Ilan et al., 2021) han engegat programes amb el suport dels governs locals per combatre les desigualtats en la població i establir mesures que permetin a les autoritats vetllar pel desenvolupament sostenible.

Després de l'exposició introductòria de les dues forces revolucionàries contingudes en l'exercici polític que va resultar en la declamació de la Carta d'Ottawa, fàcilment es perceptible l'articulació d'un nou significat en l'enteniment dels problemes socials en matèria de salut. D'acord amb l'entronització d'una nova cosmovisió teòrica més democràtica amb els principis d'una proposta socioecològica, deslligant-se de l'aura patològica de la medicina tradicional amb tendència a la responsabilització individual, l'exercici inicialment polític, va resultar en el ferment d'una permuta ideològica en les dècades posteriors de les funcions de la salut pública com a poders públics encarregats de

vetllar per la salut de la societat, i en concret de les formes d'intervenció política i social en el dia a dia de les persones.

Per altra banda, la Carta suggereix tres estratègies essencials mitjançant les quals apropar a tots els agents a conciliar-se amb la nova promoció de la salut. A tal efecte, els membres signants confien en tres accions estructurals distingides aplicables a tots els nivells d'intervenció.

- L'advocacia; la participació ciutadana i l'acció política com a estratègies per promoure i difondre les necessitats de salut en la plana internacional.
- L'apoderament, com a mètode basal per enfortir la capacitat crítica analítica i d'intervenció de les persones i grups. La via principal per reduir les desigualtats en salut i permetre als individus una formació que els apropi al seu potencial en salut.
- La mediació, com a estratègia d'unió per cerciorar la coordinació i conciliació de tots els actors de govern amb la ciutadania en la recerca de la salut global.

En la materialització de la teoria a la pràctica, alguns experts adverteixen del caràcter privatiu del marc d'acció. Tot i la proposta d'un esquema conjunt i directrius compartides, l'exercici racional ha d'ésser conjeatrat a nivell local. És a dir, les estratègies i els programes de promoció de la salut han d'adaptar-se a les necessitats i possibilitats locals, tot considerant les característiques poblacionals, geogràfiques i les demandes culturals i intersectorials dels diferents ecosistemes sobre els quals es tenen desitjos d'acció.

Com a preludi de la nova *praxis* orientada “cap a una nova salut pública”, present en el subtítol de la conferència, l'agenda formalitzada per impulsar les accions esdevé una ferramenta capital en l'exercici de concreció de les accions pròpies de la promoció de la salut. Les cinc grans àrees estratègiques a fixar són:

1. Construir Polítiques Públiques Saludables.
2. Crear entorns favorables: la necessitat de crear llaços recíprocs de manutenció.
3. Enfortir l'acció comunitària.
4. Desenvolupar aptituds personals.
5. Reorientar els serveis de salut.

Separadament de les produccions polítiques, podem detectar dues influències positives en la confirmació del paradigma de la promoció de la salut. En primer lloc, la recomposició i reubicació de la funció de les institucions i el concepte epistemològic de salut abordat en la Carta d'Ottawa (OMS, 1986), el qual contempla en les bases

fenomenològiques l'aproximació “salutogènica” en salut (Kickbusch, 2003). Per a Aaron Antonovsky, metge, sociòleg i acadèmic d'origen israelià, la salut no és pot reduir únicament a dos conceptes. Com a contrapunt del model biomèdic, la proposta salutogènica caracteritza la salut com un procés inestable d'autoregulació activa i dinàmic en el qual els individus busquen constantment l'equilibri entre el punt de mínima salut i el de màxima salut dins d'un continuum de salut – malaltia amb dos pols: el benestar (salut) i el malestar (malaltia).

La segona influència favorable a la construcció de la promoció de la salut, varen ser les evidències produïdes pels estudis epidemiològics desenvolupats en el marc de la comprensió dels factors de risc i la seva implicació en l'estat de salut de les persones. Un exemple d'investigació científica ocupada de l'anàlisi de la influència dels elements ambientals en malalties coronàries, i que va ser objecte de reconeixement a la dècada dels anys 80 és l'estudi que Puska et al. (1975) van conduir a la regió de Carèlia del Nord, a Finlàndia. El projecte que els investigadors varen dissenyar es sustenta en un enfocament poblacional amb l'objectiu d'influenciar les decisions conductuals dels individus per impulsar polítiques públiques saludables, com ara el control del tabaquisme. La regió diana era la zona geogràfica nacional amb més nombre de casos de patologies cardiovasculars fins al moment. La intenció dels responsables de l'estudi era dissenyar, avaluar i demostrar la influència positiva de la intervenció centrada en la comunitat en relació als factors de risc que alteraven l'estat de salut dels membres de la mateixa. Als inicis dels anys 80, cinc anys més tard de la seva implementació, el nombre de defuncions causades per malalties coronàries havia disminuït significativament, convertint-se en la regió del país nòrdic amb major reducció de decessos causats per aquest tipus de patologia. L'èxit de la seva implementació, recau, segons Restrepo (2001a) en la concepció política del problema per una banda, i per l'altra, en l'enquadrament poblacional dels canvis

Projectes similars al de Nord Carèlia es van desenvolupar en els anys posteriors al continent europeu. Alguns països com el Regne Unit (Rose et al., 1983), Noruega (Hjermann et al., 1981) o Bèlgica (Kornitzer et al., 1983) van elaborar propostes d'intervenció similars a les del projecte original suomi. No obstant, els resultats obtinguts en aquests indrets, tot i que prometedors en comparació amb l'estat basal de cada cas, no van ser superiors als obtinguts per Puska et al. (1975). Les diferències obtingudes en

l'exercici comparatiu dels projectes descrits, obeeixen segons Restrepo (2001b) a una qüestió teòrica. I afegeix “lamentablement, molts dels que varen desenvolupar projectes similars, van concedir major importància a les intervencions centrades en el canvi del comportament individual i menys a l'estratègia política poblacional” (p.26).

1.7. L'Organització Mundial de la Salut i la Promoció de la Salut: Una dialèctica en el temps

Des de la seva constitució el 7 d'abril de l'any 1948 com a organisme especialitzat en gestionar els menesters relacionats amb les polítiques de salut, l'OMS s'ha encarregat de coordinar i implementar les intervencions requerides en tots els aspectes en matèria de salut pública, des de la propagació de campanyes preventives sobre la conducta abusiva de fàrmacs antibiòtics als anys 50, fins a l'adopció dels “objectius de desenvolupament sostenible” (ODS) l'any 2015. A la celebració de la Primera Conferència Mundial de Promoció de la Salut que va donar lloc a la producció de la Carta d'Ottawa com a ànima precursora de tot un nou corrent paradigmàtic en salut, la van seguir d'altres conferències internacionals que produïren declaracions i plantejaments importants en conformitat amb el cronològic dogmàtic de promoció de la salut i el concepte salut de camp (Lalonde, 1974).

Com es pot observar en la Taula 1, la Promoció de la Salut com a àmbit disciplinar s'ha consolidat al llarg del temps des de la seva concepció prematura l'any 1974 i els esforços revolucionaris dels agents públics canadencs. Fins a l'actualitat, s'han organitzat deu conferències internacionals, en les quals s'han tractat de forma progressiva els diferents temes referents a la salut i a les diferents esferes encarregades de gestionar i promoure accions per al bé comú. Tot i que la seva concepció va ser prèvia a la conferència d'Ottawa (OMS, 1986), la conferència d'Alma-Ata (ONU, 1978) celebrada a l'antiga URSS (Unió de Repúbliques Socialistes Soviètiques) ja va suposar un punt d'inflexió en la nova concepció de la salut i la importància dels agents d'atenció primària. La declaració d'Alma-Ata, emfatitza que la salut és un dret universal i fonamental, i no un privilegi de una minoria (OMS, 1978). Sota el lema “Salut per a tothom”, i la direcció de Hafdan Mahler, el director general de l'OMS en aquell moment, l'assemblea mundial va concloure amb la declaració que definiria l'estratègia de salut per a tothom l'any 2000. La conferència exhorta a la comunitat internacional ha actuar ràpidament, a fi d'impulsar

i reconèixer la importància de l'atenció primària en salut a tot el món, i en particular als anomenats països en desenvolupament.

Taula 1

Recull de les Conferències Mundials de Promoció de la Salut

Conferència	Tema	Característiques
Ottawa (1986)	La Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut	Respon a la demanda d'una nova concepció de la salut pública al món i presenta la Carta d'Ottawa per a l'acció per assolir els objectius de la Salut per a Tots l'any 2000.
Adelaida (1988)	Recomanacions d'Adelaida sobre Polítiques Públiques Saludables	Èmfasi en la necessitat de crear polítiques públiques per a la salut.
Sundsvall (1991)	Entorns favorables per a la salut	Ressalta la interdependència entre la salut i els entorns en les seves múltiples dimensions.
Jakarta (1997)	Nous jugadors per a una nova era- liderant la Promoció de la Salut cap al segle XXI	Primera conferència realitzada en un país en vies de desenvolupament. Proposa una revisió de les estratègies anteriors i senyala la importància dels determinants socials i la pobresa i la lluita contra els fenòmens socials deficients.
Mèxic (2000)	Promoció de la Salut: Reduint la bretxa d'equitat	Recalca la significança de la promoció de la salut per al desenvolupament dels països, i subratlla la necessitat de respondre a dos reptes globals per al nou segle: demostrar la influència de la promoció de la salut en la millora de la qualitat de vida de la població i adquirir major equitat en salut.
Bangkok (2005)	Política i Associació per a l'Acció: Abordant els Determinants de la Salut	Identifica els reptes, les accions i els compromisos per abordar els determinants en salut en un món globalitzat.
Nairobi (2009)	Promoure la salut i el desenvolupament: tancant la bretxa d'implementació	Revisa i proposa 70 accions per esmenar les deficiències estratègiques en la promoció de la salut.
Hèlsinki (2013)	Salut en totes les polítiques	Ressenya la influència dels factors externs a la salut en l'estat de la mateixa. Defensa la vertebració d'una política sanitària eficaç en tots els àmbits polítics, especialment les polítiques socials i fiscals.
Xangai (2016)	Promoció de la Salut en l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible	Subratlla la relació de la Promoció de la salut amb els ODS, i estableix compromisos entre els determinants socials i la salut, conferint especial importància a l'apoderament.
Ginebra (2021)	Promoció de la Salut per al Benestar, l'Equitat i el Desenvolupament Sostenible	Marca el principi d'un nou moviment orientat a la consecució del benestar en les societats.

Nota. Elaboració pròpia

Amb l'aprovació de la Carta d'Ottawa (OMS, 1986) la mirada paternalista i el rol passiu de l'individu subordinat a l'autarquia del sistema sanitari queda qüestionada. La consideració d'elements externs a la variable biològica resulta en un enquadrament ecològic de les relacions causals de la malaltia. Aquesta perspectiva integradora, situa a l'individu en el focus d'atenció, no com a agent malaltís, sinó com a nivell basal i objecte últim de consideració en la seva relació amb l'entorn.

Les noves directrius polítiques inferides en la primera conferència internacional serviran com a far de ruta per a la caracterització dels plantejaments i accions posteriors liderats per l'OMS. La tercera conferència celebrada a Sundsvall l'any 1991, va reforçar la significança dels entorns per a l'assoliment dels objectius definits en l'estratègia Salut per a Tots (ONU, 1991). Més enllà de la crida a intervenir sobre els determinants contextuais, en les quatre dimensions d'acció proposades es fa menció a la reivindicació del reconeixement de les dones. Aquest clam vers la situació desigual i les situacions d'injustícia social experimentades pel sexe femení, és un dels objectius principals que consta en l'agenda dels objectius del desenvolupament sostenible (OMS, 2015).

Posteriorment, l'any 1997, un episodi important en el transcurs històric de l'agenda de les Nacions Unides en el seu exercici d'analitzar i vehicular l'acció internacional tingué lloc a Jakarta, Indonèsia. La quarta Conferència Mundial de Promoció de la Salut i la primera en ésser celebrada en un país considerat en desenvolupament, va servir per revisar l'estat de l'art i plantejar les noves directrius per a la salut en el segle XXI (OMS, 1998). Entre les prioritats detectades en la Declaració destaquen: la inversió en salut, l'apoderament de les comunitats com a estratègia essencial per a la consecució dels reptes socials, i la consolidació i expansió de les col·laboracions per a la salut entre tots els agents.

Les conferències de Bangkok (OMS, 2005) i Kenia (OMS, 2009) van resultar de vital importància per a la configuració de les directrius futures a seguir per part de tots els actors de l'escena internacional davant el creixement econòmic i els problemes derivats de la globalització en els diferents continents. La Carta de Bangkok (OMS, 2005), va emfatitzar la importància de capacitar i apoderar a les persones perquè aquestes puguin exercir un major control sobre els determinants de la salut que els envolten en la seva pràctica diària i millorar-la. La consideració dels determinants socials de la salut com a circumstàncies intrínseques a la vida de les persones ha estat un dels temes d'interès

dominants de la pràctica política de l'OMS (Diderichsen, 2001) i la producció científica de diferents esferes de la comunitat investigadora des de principis de segle (Borrell i Artazcoz, 2008).

L'any 2013 es va celebrar la vuitena Conferència Mundial de Promoció de la Salut a Hèlsinki, Finlàndia. En aquesta ocasió l'eix central de discussió es va centrar en la concreció de l'enfocament "Salut en Totes les Polítiques" (STP). Els membres participants a l'esdeveniment, van reafirmar el seu compromís amb la justícia social i l'equitat en salut, reconeixent el valor moral de la salut com un dret universal que requereix de ser preservat i potenciat mitjançant l'adopció de decisions estratègiques per part dels dirigents de tots els països del món. En un moment de la història caracteritzat pel creixement descontrolat d'algunes indústries i l'agudització de les desigualtats socials entre comunitats, la iniciativa STP buscava captar l'atenció dels governs per promoure la inclusió del compromís vers la salut més enllà de les accions empreses per articular els determinants socials de la salut, sinó en els marcs legislatius i la formulació de polítiques en diferents àmbits d'actuació (OMS, 2013). Exemple d'això és el context universitari.

Més a prop en el temps, el novembre de l'any 2016 es va celebrar a Xangai la novena Conferència Mundial de Promoció de la Salut. El tema principal de l'esdeveniment era "la promoció de la salut en els objectius del desenvolupament sostenible" (OMS, 2016). Com a producte dels acords presos entre els assistents, es va emetre la Declaració de Xangai, un document que ha de servir com a referent en el tractament dels temes contemporanis. La Declaració reconeix que la salut i el benestar son dos elements fonamentals pel desenvolupament sostenible, i que per a tal efecte "és imprescindible concebre polítiques de govern dirigides a invertir en salut, a reduir les desigualtats en matèria de salut i entre les persones de totes les edats i garantir la cobertura sanitària universal" (OMS, 2016, p.1). La Conferència també destaca la importància de les ciutats i les comunitats com a fonts generadores de salut.

Recentment, l'any 2021 es va celebrar a la ciutat suïssa de Ginebra i en format virtual la X Conferència Mundial de Promoció de la Salut (OMS, 2021). Amb la participació en modalitat virtual de més de 5000 experts d'arreu del món, abans i durant la celebració de l'esdeveniment es va confeccionar la Carta de Ginebra per al Benestar, la qual subratlla la urgència de crear societats del benestar sostenibles, compromeses amb l'adquisició de poblacions justes respectant els límits ecològics d'un món en crisis cada cop més desigual.

En totes les trobades mundials realitzades fins al present, els documents finals han concordat en la importància de l'establiment de polítiques públiques universals per garantir la consecució dels diferents objectius definits en cada època històrica. Les diferents aproximacions a la definició de la promoció de la salut, confraternitzen en la formulació inicial de la Carta d'Ottawa i caracteritzen la disciplina com a un procés que permet a les persones incrementar el control de la seva salut amb l'objectiu de millorar-la. L'orientació de la nova perspectiva ecològica, accentua la necessitat que tenen les institucions i organismes nacionals i internacionals de detectar i garantir les condicions mínimes socials, ambientals i econòmiques que impacten negativament en els determinants de la salut per l'assoliment del bé comú. Com a part de l'agenda internacional de l'OMS en la lluita per reduir les desigualtats en salut, els ODS ocupen una posició preferent.

La salut i l'entorn: Qüestions prèvies

En aquest segon capítol procedirem a l'exposició de les concepcions generals que han guiat la nostra investigació des de la vessant teòrica, amb l'objectiu de que la mateixa pugui ésser jutjada en el seu ambient. Intentar exposar en les següents línies una història de la salut pública seria un afer complex, profund i fins i tot críptic, donades les característiques de la matèria en qüestió. No obstant, la representació integrada d'alguna de les variables com el concepte de Determinants Socials de la Salut, sí resulta del nostre interès.

El concepte de salut *per se* és difús i promiscu. La multiplicitat de forces interrelacionades en el producte final, la valoració categòrica d'un procés cognitiu personal, és una equació d'un plantejament paradigmàtic amb filiacions filosòfiques. A l'efecte de la fi que ens ocupa, analitzarem algunes de les contribucions teòriques més rellevants en l'intent reivindicatiu de reforma teleològica i d'acció dels agents públics dels diferents sectors relacionats amb la salut. En aquest sentit, abans de desenvolupar els principis teòrics del nou cos acadèmic pròpiament, creiem amb vehemència la idoneïtat temporal d'advertir als processos conscients del lector alguns elements bàsics intrínsecs a les unitats d'anàlisis més general de coneixement científic.

De manera resumida, l'OMS defineix els DSS com aquells factors de naturalesa no mèdica que influeixen l'estat de salut i de benestar dels individus. Fan referència a les condicions en les que les persones neixen, viuen, treballen i es desenvolupen a diari i que exerceixen un conjunt de forces que interfereixen en els estats de salut. Exemples d'aspectes importants de DSS inclouen les organitzacions governamentals i financeres; les organitzacions de salut i educació; condicions físiques de l'entorn segures; barris estèticament agradables o la disponibilitat d'aliments nutritius (Jayasinghe, 2015).

Alguns estudis en la matèria han demostrat que els DSS poden resultar més rellevants per a l'explicació de l'estat de salut de les societats que els propis sistemes mèdics o els estils de vida individuals (Adler et al., 2016; Braveman i Gottlieb, 2014), proposicions que posicionen el tractament de tots aquests factors en una situació preferent per millorar les condicions de salut i de benestar i reduir les desigualtats en el teixit social.

Si bé el concepte de Determinant Social de la Salut no ha estat explícitament assenyalat en el disseny d'estratègies polítiques concretes, com la perspectiva dels entorns saludables en la que s'inscriu el Moviment d'Universitats Promotores de la Salut, per la seva pròpia dimensió i l'efecte explicatiu sobre els estats de salut resulta necessària la seva consideració conceptual.

Després d'aquesta breu delimitació sobre un dels conceptes principals de l'àmbit del nostre treball, a continuació analitzarem de manera específica els diferents tractaments que aquests conceptes han rebut en el temps.

1.8. El concepte de “determinants de la salut” de Thomas McKeown

En altres apartats anteriors, ja ens havíem referit a la proposta de McKeown i la significança de la mateixa en el desenvolupament dels diversos plantejaments il·lustrats en els informes del ministeri de Salut i Benestar del Canadà, explicats amb més detall en el capítol primer.

En efecte, les aportacions del metge epidemiòleg i historiador britànic han estat en la base de l'elaboració dels nostres plantejaments racionals, i en la restauració de les formulacions intricades en el procés de fonamentació del marc teòric. Tot i la complexitat representativa de la multiplicitat de propostes i produccions analitzades en el procés de formació de coneixement, l'aparent conformitat científica al voltant de la idiosincràsia atribuïda a la obra de McKeown, i la influència exercida en el desenvolupament dels

treballs posteriors, fan de la mateixa, un pilar distingit en la història de les ciències mèdiques i socials.

En aquest apartat tractarem de desxifrar en la seva contribució reflexiva aquells elements que podrien auxiliar, en termes assistencials, al propòsit racional de la nostra activitat constructora sobre la transcendència dels determinants socials i l'estat de salut del subjecte i la població. Amb aquesta finalitat, analitzarem un dels mots més empleats en la literatura científica en els últims 50 anys, i la seva relació amb alguna de les propostes metodològiques actuals.

Ans al contrari del que es podria pensar, la conceptualització estricta de la noció de determinant de la salut no és una comesa trivial. A causa de la indeterminació que envolta el caràcter abstracte del concepte, en part degut a la seva naturalesa social, la complexitat en la missió epistemològica ens acompanyarà en part del procés. El mateix McKeown no addueix cap referència explícita a la formulació dels determinants de la salut. De fet, l'argument central de l'obra principal: "*The role of medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*" (1979) ha estat objecte de crítica per part d'alguns historiadors, en part per l'atribució efectuada als agents socials promotors del canvi en detriment del judici classista tradicional de la importància dels avenços en el coneixement mèdic i tecnològic. En virtut de la dialèctica generada per les diferents interpretacions simbòliques i estadístiques de la contribució teòrica de l'autor, reforcem la nostra convicció de centrar-nos en l'anàlisi dels postulats empírics sota el revestiment de les condicions socioeconòmiques en les quals foren esgrimits. És a dir, l'exercici racional que aquí ens ocupa, ha de ser executat i interpretat des de la representació en conjunt de les circumstàncies temporals a les quals es refereix l'autor en les seves reflexions, i per consegüent, en les reaccions concitades.

Tenint en compte la ressonància social de tota l'obra de McKeown, l'objectiu últim de l'escrit no és repassar de forma detallada i individual totes les aportacions de les diverses produccions publicades. Naturalment, les reflexions esgrimides en cada un dels treballs conté una part de peculiaritat respecte a les altres. Però les nostres pretensions no procuren analitzar tota la riquesa potencial de la memòria de l'autor, ni molt menys de l'objecte d'estudi. Donades les dificultats per trobar una definició que exemplifiqui de forma congruent el significat del concepte "determinants de la salut", hem optat per desxifrar la significança del concepte a partir de les reflexions de McKeown. Al mateix temps, hem

intentat compatibilitzar la seva aportació amb la resta del plantejament presentat. Ensenms, hem optat per formalitzar la conceptualització del terme desitjat a partir de l'anàlisi d'algunes de les aportacions més rellevants, a favor i en detriment de les idees presentades per l'autor.

Les millores introduïdes pels avenços en la medicina i la tecnologia han afavorit el desenvolupament de les societats. La prosperitat en termes filosòfics, adopta, en la visió històrica, una connotació positiva. No obstant, tot avenç comporta un conjunt de canvis en l'organització social i política que repercuteixen directament en les formes d'acció individual i col·lectiva.

El període de canvis experimentats al Regne Unit durant la primera i la segona revolució industrial, van comportar una transformació omnímoda de la societat britànica dels segles XVIII i XIX. Les migracions i l'auge de l'urbanisme, aquest últim com a conseqüència del desplaçament de les formes de treball cap a formes cada cop més industrialitzades, van facilitar i propagar algunes malalties infeccioses, tals com la verola o la tuberculosi. L'obra "*A history of Epidemics in Britain*" (Creighton, 1895) recull de forma detallada i amb mestria sublim, els episodis epidèmics que han esdevingut part de la història després de crist, des de la pestilència al Regne Unit i a Irlanda al segle VII, fins a la crisi causada per l'augment de casos de còlera a Escòcia a meitats del segle XIX.

En el paràgraf introductori de l'article "*Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century*" (McKeown i Record, 1962, p.94), els autors afirmen "l'objectiu d'aquesta i les comunicacions anteriors, és la detecció de la importància relativa de les forces principals que van afectar el creixement de la població d'Anglaterra i Gal·les entre els anys 1770 i 1900, en especial referència a l'evidència mèdica". La descripció introductòria efectuada pels propis autors, resumeix amb celsitud i precisió l'essència de l'interès central de l'obra completa del metge i epidemiòleg Thomas McKeown.

En el llibre "*The role of medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*" (McKeown, 1979), l'autor argumenta que el declivi en els casos de mort des de la meitat del segle XIX són conseqüència directa de la disminució del nombre de defuncions generades per malalties infeccioses. L'interès per centralitzar l'anàlisi dels seus arguments en les estadístiques recopilades entorn d'una condició patològica concreta, és en essència, el motor i la

limitació del comprovant de les seves hipòtesis inicials. En la mesura que la contribució teòrica de l'autor, al llarg dels més de vint anys de recerca, és estimulada per la mateixa perspectiva “ecològica”,⁴ podem simplificar mitjançant l'ús de la lògica deductiva els postulats més irreductibles de la seva contribució. A tal efecte, basarem la nostra explicació a partir dels sil·logismes il·lustrats per Mackenbach (1996, p.1207).

El declivi en els casos de mort es pot atribuir a una reducció del nombre de morts causades per malalties infeccioses;
cap intervenció mèdica efectiva era habilitada contra les malalties infeccioses abans de la primera meitat del segle xx;
per tant, la reducció en el declivi de la majoria dels nombre de casos de defuncions no pot ésser atribuïda a la introducció de la intervenció mèdica eficaç

La primera part de la construcció sil·logística encarna la visió “anti-sanitària” de l'autor en relació a la capacitat explicativa de la intervenció mèdica com a causa última de les millores registrades en l'augment de la població per una banda, i el control del nombre de defuncions causades per malalties infeccioses, per l'altra. La necessitat de compulsar la variància explicativa dels factors aliens a la intervenció clínica, és un argument predominant inherent a tots els treballs i comunicacions de McKeown, esforços que han sigut validats i rebutjats a parts iguals per part d'altres científics.

La construcció de la “tesi positiva”, emprant els termes de Szreter (2000), és la conseqüència precisa de l'anàlisi històric dels canvis en les causes de les defuncions registrades a Anglaterra i Gal·les entre els anys 1848 i 1854, àmpliament exposades amb rigor explicatiu en l'obra “*The Modern rise of Population*” (McKeown, 1976). McKeown i els seus col·laboradors proven demostrar la rellevància de les condicions ambientals en l'esquema explicatiu del problema registrat mitjançant la categorització de les possibles causes de mort en dos grups epidemiològics: aquelles degudes a microorganismes que es

⁴ L'ús del mot “ecològic” no és mencionat per l'autor en cap de les seves obres. En l'àmbit de les ciències socials, el precursor d'una teoria formal allunyada de les explicacions unidireccionals fou Bronfenbrenner (1977) qui, conjuntament amb Ceci, proposaren el “model bioecològic” o “la teoria de sistemes ecològics” (1994). La base teòrica del model argumenta la influència bidireccional que exerceix i rep l'individu com a element més simple d'un conjunt més genèric. Els autors de la teoria, sostenen que l'experiència és indivisible del context d'acció humana. En aquest sentit, l'aplicació del terme “ecològic” a les bases del pensament de McKeown en el capítol de la tesi no aconsegueix tal premissa, tan solament a la indivisibilitat subjacent de les explicacions donades per l'autor en relació a la disminució de la mortalitat poblacional. Traslladant els axiomes del model ecològic a les directrius del pensament de McKeown, hom pot detectar la borra de la futura concepció, en l'exercici reflexiu de l'activitat mèdica social.

transporten mitjançant el medi aeri, i les que són generades per microorganismes aquàtics i presents en els aliments. De l'estudi estadístic efectuat, l'autor conclou que el 74% de la reducció registrada deriva directament de la reducció del nombre de morts atribuïbles a l'acció de microorganismes, principalment amb motiu de la caducitat d'infeccions respiratòries, tals com la tuberculosi i la pneumònia.

En aquesta mateixa línia del discurs, Longstaff (1884), conclou que la disminució del nombre de morts entre els anys 1861 i 1880 es deu a la reducció de defuncions per tifus i tuberculosi, i en un grau menor a la limitació de casos d'escarlatina, diftèria, i verola.

Altres autors com Logan (1950) i Gale (1943) subscriuen l'explicació després d'analitzar amb detall els canvis en els patrons de les causes de mort ocasionades a cavall entre el segle XX i principis del segle XXI.

A partir de l'escrutini de les dades recopilades, la capacitat de materialitzar la inferència originària de les explicacions estadístiques al llenguatge social, condueix a l'autor a afirmar que la reducció en el còmput general és conseqüència de la limitació d'una part del total. En termes matemàtics, el raonament efectuat no convida a alteracions lògiques. No obstant, l'experiència anglosaxona registrada per l'autor, guanya significació quan es posa en context comparatiu en l'àmbit internacional. En un llibre publicat l'any 1991, Schofield i col·laboradors (1991), examinen el declivi registrats en el nombre de morts al continent europeu i americà en el període comprès entre els anys 1870 i 1920. D'acord amb les múltiples explicacions acabades directament de fonts originals, professors universitaris i doctors en medicina principalment, la disminució de casos de morts censades en la transició del segle XIX al segle XX, obeeix a hipòtesis probabilístiques de índole incerta; les quals oscil·len des dels canvis en el sistema d'organització social a millores específiques en les condicions de vida individuals.

A partir de les nombroses dades aportades, mitjançant l'ús de taules i gràfiques, McKeown (1976) conclou que la introducció de tractaments farmacològics com la sulfonamida a la dècada del 1930 no va interferir en la freqüència de la mortalitat registrada, la qual es va continuar reduint. La hipòtesi de canvis esporàdics en la relació entre agents infecciosos i hostes, també va ser objecte de rebuig per part de l'autor. Després d'haver descartat les possibles explicacions biològiques, per conducte de la lògica deductiva, McKeown assenyalava que la variable amb més pes explicatiu del declivi en els casos de mort és la millora en els estàndards de vida, i en particular associat als

progressos en la nutrició. A l'entendre de les conviccions dels autors, la lògica utilitzada en la indagació causal els porta a afirmar que “concloem que una millora de la dieta, va ser probablement la causa principal del declini del nombre de morts causades per tuberculosi en el segle XIX” (McKeown i Record, 1962, p.116).

La impuresa i la vaguetat de la metodologia i els raonaments retòrics utilitzats, són com senyala Szreter (2000) propis de les investigacions de “Sherlock Holmes” (p.120), la qual cosa lleva credibilitat a l'argumentari central. No obstant, en la descripció del relat “ambiental”, cal destacar alguns casos empírics similars, els quals suporten la intuïció inicial transversal a la lògica ecològica present en tot el discurs de l'autor.

A partir de l'anàlisi de les dades estadístiques de defunció d'Anglaterra i Gal·les, Kass (1971) argumenta que el declivi del nombre de morts en la majoria de les condicions infeccioses descrites per McKeown, es van produir de forma prèvia al descobriment de potencials tractaments específics. En el cas concret de la verola, Creighton (1895), creu que la vacunació no va contribuir a reduir el nombre de defuncions, mentre que Mooney (1997) l'assenyala com l'única explicació plausible.

En el cas concret de la nutrició, en una investigació realitzada pel ministeri de salut britànic entre els anys 1921 i 1923 va demostrar que les morts causades per tuberculosi eren considerablement més elevades en els hospitals mentals en els quals la dieta proporcionada contenia menys calories, respecte aquells centres sanitaris que oferien menús alimentaris menys calòrics (Ministry of Health, 1924).

La significança de la intervenció mèdica en l'apòleg causal del declivi del nombre de morts registrades a finals del segle XIX, és la gemma del debat engendrat pels arguments exposats en les diverses obres de McKeown (1976) en els anys 70 i 80. Entre el nombre de crítiques rebudes, probablement el treball de Szreter (1988) és el que ofereix una visió més difamatòria dels raonaments exposats sobre la disminució de les causes de mort. En l'article “*The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline: a Re-interpretation of the Role of Public Health*” Simon Szreter afirma “que la tesi de McKeown sobre l'activitat d'un moviment de disminució continu i ininterromput en la mortalitat al llarg dels darrers tres segles ja no es pot considerar vàlid” (Szreter, 1988, p.6).

A fi de demostrar la invalidesa dels raonaments originals, Szreter condueix una nova auditoria del registres estadístics de McKeown sobre la tendència de la mortalitat al segle

XIX i identifica una sèrie d'errades derivades de la interpretació inexacta sobre els registres de defunció per tuberculosi, bronquitis i pneumònia. Addicionalment, a diferència de la interpretació primària descrita en els treballs "*An Interpretation of the Modern Rise of Population in Europe*" (1972) i "*The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?*" McKeown (1979), en la nova lectura de les dades efectuada per Szreter, les mesures pròpies de sanitat pública, tals com el sanejament de les aigües i el subministrament de llet, assumeixen una major significança en l'explicació del tractament estadístic discutit, contràriament al valor atorgat per McKeown.

Una raó per les quals el plantejament inicial de tota la contribució teòrica de l'autor pot ésser rebutjada, deriva del biaix implícit inconscient de l'investigador en la concepció analítica del problema d'estudi.

La batalla professional i política de McKeown va està dirigida principalment contra aquells que advocaven per una desviació cada cop major dels recursos del nostre servei nacional de salut cap a una medicina més tècnica "tractaments bioquímics" en detriment d'una medicina humanista, preventiva, enfocada a comprendre les implicacions de les condicions de l'entorn per a la salut. (Szreter, 1988, p.33)

A desgrat de les debilitats metodològiques identificades i la idolatria inherent allunyada dels postulats mèdics i tecnològics característiques de la pràctica investigadora de l'autor, la contribució dels escrits de McKeown i la identificació del valor dels determinants de l'entorn fonamenta la revolució de la pràctica científica actual de una doble manera. Per una banda, sondeja i concita els esquemes de la pràctica pública, política i econòmica en relació a la funció de l'estat com a agent vetllador de la salut dels ciutadans. I per l'altra, en un sentit més pragmàtic, amplia el paradigma tradicional mèdic, qüestionant la interrelació dels elements de l'entorn en un intent per concatenar la causa última dels problemes de salut de les persones.

Com a part de la nostra investigació, intentarem categoritzar el concepte de determinants per a la salut, i la seva relació amb algunes propostes relacionades amb l'estratègia dels entorns saludables. La identificació dels factors de l'entorn que determinen l'estat de salut dels individus ha estat objecte d'anàlisi i discussió des dels primers estudis epidemiològics als anys 70 i la reivindicació política amb la declamació de l'Informe

Lalonde (1974). Des de la dissertació de les primeres evidències empíriques aportades pels treballs de camp observacionals de la medicina social, fins a la proposta del marc conceptual de l'OMS a inicis del segle present, la promoció de la salut com a camp de treball autòcton, ha estat abordat des d'un paratge dominat per l'interès polític i l'avaluació econòmica. La confrontació entre la salut pública i l'experiència social, és una dialèctica multiforme dominada per estructures de poder, com demostra Ilich (1975) en la seva anàlisi entre l'expansió de la medicina i la configuració de noves formes de control social.

Amb tot i això, de forma complementària a les inferències experimentals, pretenem traslladar l'objecte d'estudi a una esfera més cognitiva. Atès al caràcter i interès multidisciplinari des del qual es concep aquest estudi, l'anàlisi de les condicions subjectives en la seva relació amb els processos psíquics, ha de formar part d'un procés de construcció sistemàtic. Degut a les múltiples dimensions del concepte sotmès a inspecció, intentarem restringir en la mesura de lo possible, l'anàlisi dels determinants a un enfocament de salut centrat en el context. D'aquesta manera, ens proposem desenvolupar la construcció salubrista subjacent a la proposta de determinants socials concebuda des de l'elaboració de polítiques, des d'una òptica reduïda a la valoració individual. A tal efecte, abans d'endinsar-nos en la missió definida, cal que ens aturem breument en reflexionar sobre les diferents concepcions atorgades al terme de "salut" i la seva relació amb les propostes teòriques. Les directrius futures ens permetran delimitar la concepció de l'estat de l'art, a la par que inferir l'adequació de la rellevància teòrica a l'exercici de la implementació pràctica.

1.9. Els Determinants Socials de la Salut

En una entrevista concebuda al rotatiu nord-americà *New York Times*, un activista nepalí exposava la seva preocupació personal vers la concepció occidental de tractament de les problemàtiques relacionades amb l'estat de salut de la població del seu país. Per a aquest voluntari, el qual anomenarem "X" per qüestions de privacitat, l'èmfasi excessiu en la terapèutica farmacològica obeeix a una lògica mercantilista que res té a veure amb l'estímul últim d'acció comunitària. D'aquesta manera, el subjecte entrevistat responia a les qüestions relacionades amb la seva percepció sobre l'operativització estrangera amb

total translucidesa moral: “Hi ha un excés d’èmfasi sobre el tractament farmacològic... La falta d’aigua potable és més prioritària en molts països que el tractament amb antiretrovirals” (p.75).

Mal que la valoració declamada pel voluntari obeeix a impulsos subjectius de l’ordre de l’opinió personal, el transfons del seu argumentari està assentat en la conjuntura estructural dels pensaments revolucionaris dels epidemiòlegs moderns. L’exercici d’establir una relació causal entre dues variables, de les quals l’objecte últim és la salut entesa com a constructe dicotòmic, ha estat i continua en les societats postmodernes, essent una de les línies d’investigació predominants en l’àmbit de la medicina social i la salut global.

L’any 1945 es van concebre les Nacions Unides com a entitat de caràcter universal i unificador amb l’objectiu de re-establir la pau i garantir la seguretat internacional de totes les parts. Després d’anys tumultuosos marcats per la inestabilitat econòmica, social i política, induïda pels períodes de guerra, les nacions es trobaven immerses en un procés de reflexió sobre el futur de la història de la humanitat.

En resposta a les necessitats en matèria de salut, l’organisme internacional va donar lloc a la constitució de l’OMS com a agent segregat de l’organisme central específicament orientat a la gestió i el tractament de les polítiques relacionades amb la prevenció, la promoció i la intervenció en els temes de salut. La fundació el 7 d’abril de l’any 1948 es va establir sota la màxima que caracteritza la salut com a un dret humà universal del qual totes les persones n’haurien de poder gaudir.

En la nova concepció transformadora de la essència de l’ésser humà, els especialistes reformulen la ideació primitiva de salut i la defineixen com “un estat de complert benestar físic, mental i social, i no la mera absència de malaltia” (OMS, 1948, p.1). En un sentit reduccionista, la determinació del plantejament original en termes simplistes, ha estat una de les fonts de conflicte latent a l’ordenació dels principis i desenvolupament de les ciències mèdiques i socials. En tant que la valoració de l’estat de salut queda definit per una relació de dependència entre dues variables antagòniques, règim de benestar o l’absència del mateix, la recerca dels factors causals de l’estat patogènic pot esdevenir el mecanisme ulterior d’anàlisi i intervenció per discórrer la complexitat de l’entrellat que conforma el subjecte mortal.

La perspectiva reduccionista compresa en la formulació lingüística formulada per l'OMS, tindria en les dècades posteriors una transcendència sobreixent allunyada de les proposicions sil·logístiques; la formulació actuària com un criteri d'inclusió. És a dir, la lògica simplista intrínseca en la definició de salut exerciria com a prisma racional sobre el qual construir les accions futures. En aquest sentit, i emparat pels criteris establerts en la dicotomia patogènica, les tradicions biomèdiques i els postulats clínics van centralitzar tots els esforços d'acció en la identificació dels determinants de la mala salut que davall el paraigua "factors de risc", concebien els agents causals últims de la condició malaltissa de les persones. Sota els auspicis de la dominància mèdica, els esforços polítics i d'intervenció eren adreçats al tractament de la condició individual, la qual cosa responsabilitzava a l'individu de la seva condició, excloent els elements de l'entorn del paradigma explicatiu.

Durant els anys 60 del segle passat, les defuncions per malalties coronàries eren la causa de mort principal als Estats Units. Davant l'elevada incidència en la població i la falta d'explicacions científiques convincents, un sector de les ciències socials coordinat principalment per l'epidemiologia social, va impulsar l'anàlisi empíric sota el mètode científic de les condicions de l'entorn. Com assenyala Syme (2005) en les memòries sobre els seus inicis en l'esfera acadèmica, "vaig decidir estudiar sociologia mèdica, la qual vaig interpretar com l'estudi de com els factors social afecten a la salut i el benestar" (p.2). La consolidació de dissenys experimentals, ha permès als científics determinar els factors ecològics que incideixen en el risc de desenvolupar patologies clíniques concretes, com per exemple problemes cardiovasculars, amb independència de les característiques genètiques. Els factors socials i elements intrínsecs a les activitats culturals han estat identificats com a determinants significatius en la concepció de l'estat de salut (Syme et al., 1965).

Tanmateix, el nombre de relacions socials s'ha conceptualitzat com un factor de primer ordre en el llistat de causes patològiques (Berkman i Syme, 1979). En la trilogia escrita per Bowlby; *Afecte* (1969), *Separació* (1973) i *Pèrdua* (1980), l'autor dissenya la "teoria del afecte", i la importància de les relacions personals per al correcte desenvolupament al llarg de la vida. L'anàlisi dels vincles afectius i l'estat de salut ha estat àmpliament descrit en la literatura i les nombroses evidències reportades des de l'exercici dels assajos clínics ha contribuït al desenvolupament d'un marc ideològic general, en el qual les interaccions i les observacions descrites en obres afins a les evidències sustentades en el principi

científic, s'han incorporat als plantejaments polítics i els programes d'intervenció actuals en les agendes de la salut pública.

Per comprendre millor l'arrel de la fascinació contemporània de les ciències mèdiques i polítiques en la maduració de la capacitat comprensiva de les formes d'organització social i l'estat de salut de la població, cal retrocedir en el temps i posar el focus d'atenció en un dels autor amb més acceptació i que de formes més racionals ha contribuït a desxifrar els enigmes intrínsecs a la condició humana.

La publicació de l'obra *Suicide* del sociòleg francès Émile Durkheim (1897) analitza des dels principis sociològics els patrons observats en les causes de suïcidi en diferents grups socials. Alguns col·lectius presenten característiques interpersonals oposades entre ells, mentre que d'altres són socialment afins. No obstant, els percentatges de decessos es reproduïen en el temps amb independència del nombre d'ingressos i sortides de subjectes dins dels grups. En presència d'aquesta indeterminació, Émile Durkheim conclou que a major nivell d'integració d'una societat, menor és la taxa de suïcidis, senyalant que l'origen dels problemes individuals són inseparables de les estructures socials.

Segles abans de la contribució sociològica de l'obra moderna de Durkheim, alguns metges com Louis René Villerme a França (1830) o Rudolf Virchow a Alemanya (1848) ja havien reportat evidències suggestives sobre les possibles relacions entre les condicions de vida de la població i la prevalença de malalties en el teixit social (Rosen, 1993). El ràpid creixement de les ciutats degut als moviments migratoris experimentats durant el període de la revolució industrial, va redefinir els processos de socialització i la relació de la societat amb la força productiva. En els anys 1853 i 1854 la ciutat anglesa de Londres es va veure immersa en una epidèmia de còlera. Anys enrere, el país britànic havia experimentat dues onades similars a la viscuda en els barris de la capital londinenca, sense que ningú pronunciés mesures profilàctiques eficaces degudes a la desconeixença general de les causes de mort. Davant la necessitat d'atorgar una resposta convincent, i la incertesa generalitzada reflectida en l'augment del nombre de decessos, John Snow va aplicar les seves hipòtesis, fruit d'una capacitat observadora excepcional i un senderi millor, sobre la etiologia i el mode de transmissió de la malaltia per acabar demostrant la

relació entre la qualitat de l'aigua extreta del riu Tàmesis i l'afecció patològica subseqüent.

A propòsit de les contribucions descrites en l'epígraf anterior, Berkman i Kawachi (2000) senyalen que “d’alguna manera, la idea de que les condicions socials influeixen en la salut no és nova. No obstant, l’epidemiologia social sí que l’és” (p.3). En aquest cas, el següent interrogant que ens formulem coqueteja amb la personalitat dels aspectes idiosincràtics de la nova ciència i la seva relació amb l’anàlisi del que anys més tard es formalitzaria com a determinants socials de la salut. Per respondre amb la màxima precisió a la interpel·lació que l’epidemiologia social posa a l’escrutini dels orígens de l’associació entre els factors ecològics i l’estat de salut, recuperarem la definició textual anunciada per Berkman i Kawachi (2000) en la seva obra “*Social Epidemiology*” en la qual descriuen l’epidemiologia social “com la branca de l’epidemiologia que s’encarrega d’estudiar la distribució i els determinants socials dels estats de salut” (p.6).

La definició acadèmica, deixa entreveure l’interès particular de la sot-disciplina pels agents *macro* en contraposició a l’activitat de l’àrea mèdica específica en la investigació de malalties particulars. El transferiment del focus d’anàlisi de l’interior a l’exterior, comporta implícit un segon problema associat a la naturalesa de les variables d’estudi. La falta d’una definició concreta suposa un biaix en qualsevol investigació. La forma en com els investigadors construeixen els seus principis categòrics sovint esdevenen una font d’equivocació i problemes en l’execució de les rutines exigides pels reptes quotidians.

Com planteja Bourdieu (1991), l’investigador s’equivoca al pressuposar que les persones aborden els problemes de la mateixa manera que ho faria el científic amb els problemes teòrics. Aquesta dissonància induïda pels processos de categorització orientada exclusivament a la resolució dels problemes cognitius, infereix en forma de recurs metafòric les limitacions observades pels epidemiòlegs socials i justifica els intents de la nova disciplina de reivindicar noves proclames a través de l’evidència experimental.

A raó de les explicacions anteriors, creiem que es necessari analitzar amb més atenció el sorgiment de les troballes positivistes en relació amb les pràctiques quotidianes i els sistemes socials concrets. A mode d’exemple, Merva i Fowles (1993) han examinat la relació entre les desigualtats i el nombre de crims en 30 àrees metropolitanes dels Estats

Units. Mitjançant l'aplicació de tècniques estadístiques multivariades, els autors conclouen que l'augment de les desigualtats salarials s'associa positivament amb la profusió de l'activitat criminal. Per la seva banda, els nombrosos estudis conduïts en el marc del "Alameda County Study" han demostrat estadísticament la correlació inversa entre el nombre de relacions socials i la mortalitat (Berkman i Syme, 1979; Blazer, 1982; House et al., 1982). Així com l'associació entre les variables de l'entorn mesurades a partir de les propietats del barri i la qualitat de vida. Les persones d'un nivell socioeconòmic més baix viuen en entorns més pobres i presenten una esperança de vida menor respecte als habitants de zones designades a un major nombre d'ingressos mensuals (Haan et al., 1987).

La reconstrucció lògica dels orígens empírics de l'epidemiologia social, és en la seva concepció, la identificació d'una parcel·la de la història que ha contribuït favorablement al desenvolupament de les activitats polítiques descrites en el capítol primer. L'establiment dels objectius "*Health for all 2000*" (OMS, 1979), la Declaració d'Alma-Ata (OMS, 1978) i més recentment l'establiment de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut (CDSS), són només algunes pinzellades de la materialització política dels plantejaments teòrics sorgits en el marc de l'anàlisi empíric d'idees conceptuais. Com ens recorda Heller (1975), l'activitat reproductiva individual constitueix un moment puntual de l'exercici reproductiu de la col·lectivitat més amplia de la qual forma part l'individu. Traslladant la idea sociològica de "reproducció" a la incidència de les produccions intel·lectuals específiques de les ciències de l'àmbit de la salut, els avenços de la col·lectivitat entesa aquesta com el factor més ampli, per exemple les accions polítiques, és el producte final de la suma de les contribucions dels agents que conformen el sistema. De la mateixa manera que l'estat de salut individual és la interrupció de les forces productives que convergeixen en una estructura particular.

A partir de la coordinació entre la convergència de factors com a succedanis primaris d'un producte superior, podrem analitzar amb més especificitat en l'apartat següent les propostes teòriques que més rellevància han exercit en el transcurs temporal a cavall entre finals del segle XX i principis del XXI. La recuperació de models concrets és un element més a la contribució de construcció del marc teòric que ens ocupa. Donades les característiques multidimensionals dels esdeveniments científics, la recuperació de

contribucions concretes han d'ésser interpretades com a representants d'una orbe de la qual són causa i efecte.

1.10. Propostes teòriques sobre els Determinant Socials de la Salut

Per comprendre amb plenitud els processos de transposició teòrics, l'advertiment d'esdeveniments temporals concrets esdevé una premissa necessària, però insuficient. La complexitat de l'entorn que ens circumscriu, ens empeny constantment a encunyar estratègies per simplificar la densitat dels problemes quotidians que ens afligeixen. En el moment en el qual les realitzacions cognitives individuals són contrastades i reconegudes científicament, les premisses i els heurístics particulars adopten una dimensió moralment superior, universal als processos privatis.

En el cas de la formulació científica, el motor proveïdor de les pautes requerides en l'anàlisi formal dels problemes socials, i per tant, de la relació de l'individu amb el seu entorn, està íntimament relacionat amb la noció de paradigma. Per a Kuhn (1962) el paradigma és l'element clau de reflexió sobre la ciència. És un procés actiu cognoscitiu al qual assigna un objectiu molt clar “demandar amb urgència un canvi en la percepció i avaluació de les dades conegudes” (p.14). És a dir, l'enumeració proposicional esdevé una forma particular de relacionar els diferents elements de la realitat, i per tant de suposar que els problemes definits tenen una solució particular. En la formulació teòrica de l'obra de Kuhn, els conceptes i teories articulades per la comunitat científica són fruit de l'esforç col·lectiu, subjectes a la influència social i cultural, i per tant, els canvis esperats d'ordre superior només és podran produir en relació amb la metamorfosi de la societat.

Nocions similars a la idea de “paradigma” han sigut descrites sota els conceptes de comunitats epistèmiques (Holzner i Marx 1979) i pensament col·lectiu (Fleck, 1979). Com a resultat dels esforços per part dels científics socials i filòsofs per materialitzar les premisses de la lògica informal en proposicions categòriques assequibles per a la lingüística, el concepte de paradigma esdevé un marc únic per a l'estudi organitzat del món (Morales i Moreno, 1993).

Independentment dels principis i les regles als quals es recorri, la noció de paradigma és substancial a despit del propòsit últim d'anàlisi. L'establiment d'un paratge empíric

socialment acceptat i científicament respectuós amb les premisses de la lògica, és en última instància una condició particular d'organització mental i social de les lleis que governen els fenòmens factuais social i culturalment compartits. D'aquesta manera, podem interpretar un mateix esdeveniment de formes personal i socialment diferents, en funció de les peculiaritats ecològiques i les experiències pretèrites.

Com a mecanisme unificador de l'heterogeneïtat subjectiva, la imposició d'un marc comú sotmès a les regles del mètode científic és l'instrument intersubjectiu del qual disposa la societat per disminuir els biaixos resultants de la condició personal, i codificar sota un conjunt de normes i regles comunes els significats universals resultants de l'experiència humana.

Un cop compulsada la necessitat de bescavar damunt les possibles “preguntes complexes” (Copi i Cohen, 2013, p.181) que orienten els principis i models teòrics de les ciències socials, és moment de recobrar el propòsit últim de l'exercici teòric desenvolupat en aquest apartat. Com hem exposat en el capítol primer, la constitució d'un referent revolucionari en l'anàlisi polític dels problemes sanitaris queda explícitament manifestat amb la presentació de l'Informe Lalonde (1974). De resultes de la proclama canadenca, alguns sectors de la comunitat científica recolzats per l'interès institucional, es varen començar a replantejar la idoneïtat dels postulats mèdics tradicionals que organitzaven els principis polítics i les intervencions dels serveis assistencials. Com a conseqüència del transfons individualista i la culpabilitat atribuïda a l'individu sobre la seva condició de salut per part dels plantejaments mèdics tradicionals, a meitats dels anys 80 els models orientats únicament sobre l'aproximació analítica dels estils de vida cauen en dessabor (Labonté i Penfold, 1981).

En aquest punt de reflexió i reconstrucció dels fets teòrics, és oportú recordar la pregunta formulada per Donati (1987, p.15) al respecte de la gènesis de la crisi del paradigma mèdic: “*Què ha de fer la medicina amb la salut?*”. En resposta a la interrogació plantejada, el propi autor assegura que en el nivell social, el marge d'acció de la medicina és exigü o nul. No obstant, això no significa que existeixi una relació de causalitat unilateral entre les variables socials i l'estat de salut. Per consegüent, com hem vist en l'apartat anterior dedicat als descobriments de l'epidemiologia social, els plantejaments teòrics desenvolupats sobre els axiomes dels “entorns” confereixen un ventall integral de les relacions de l'individu amb les peculiaritats del medi on desenvolupa les seves

pràctiques quotidianes. D'igual mode, les pràctiques ecològiques sustentades en l'entorn hauran d'ésser contextualitzades i específicament tractades amb independència de pretensions absolutistes.

A mode d'exercici de síntesi integrador, un model holístic explicatiu dels determinants socials de la salut hauria de respondre a les següents necessitats (Solar i Irwin, 2007):

- Definir els mecanismes pels quals els determinants socials de la salut generen desigualtats en salut.
- Analitzar de quina manera els diferents determinants es relacionen entre sí.
- Proposar un marc de treball conjunt que permeti avaluar el pes en importància de cada un dels determinants identificats.
- Elaboració d'un mapa que inclogui els diferents nivells d'intervenció específica per tal de delimitar un punt d'inici que faciliti l'acció política.

La significació de la concepció estructural de la creació de la salut atribuïda als entorns i els determinants que en ells hi cohabituen, queda exemplificada en la revisió realitzada per Hosseini Shokouh i col·laboradors (2017) en la qual els autors identifiquen vint-i-un models teòrics sobre determinants socials de la salut i nombrosos indicadors de treball.

El model holístic de Laframboise-Lalonde

L'anàlisi del camp de la salut ha presentat un problema fonamental en la regulació de les polítiques sanitàries. La proposta canadenca de "Model de camp", confeccionada per Laframboise (1973) i declamada pel ministre de salut Marc Lalonde, posa en entredit l'eficàcia i la idoneïtat dels mecanismes estructurals empleats per abordar les qüestions relacionades amb la salut de la població. I en especial, dels recursos provinents del sistema sanitari assistencial.

D'acord amb la proposta inicial (Lalonde, 1974), la salut com a constructe global pot ésser dividit en sectors segons la significança dels factors que intervenen en la modulació de la condició última de l'estat de salut. D'aquesta manera, els components identificats originàriament com a agents últims precursors de la condició personal són: la biologia humana, el medi ambient, l'estil de vida i l'organització de l'atenció en salut. Els quatre elements van ser identificats mitjançant l'anàlisi de les causes i els factors de morbiditat i mortalitat, així com l'avaluació conjunta dels factors de risc i la condició patològica.

Posteriorment a la disseminació de les idees progressistes inherents en el plantejament canadenc, Raeburn i Rootman (1988), proposen una expansió del concepte de camp de salut original per mitjà de la reflexió i la reclamació d'una actualització de la fotografia primària amb la inclusió d'una matriu estructural formada per indicadors i constructes de salut mesurables. Aquest plantejament, és un intent de combatre les deficiències identificades en la viabilitat d'implementació de les idees retòriques a la pràctica quotidiana, així com un afany teòric per delinear una ferramenta científica aplicable a les necessitats empíriques d'avaluació i intervenció.

A continuació intentarem esclarir de forma descriptiva les característiques principals dels elements del Model de camp per tal de facilitar-ne la comprensió i aprofundir en les peculiaritats de la primera temptativa governamental de modificar els principis dogmàtics de la pràctica sanitària.

Biologia humana

L'element de biologia humana inclou tots aquells aspectes relacionats amb la salut, tan física com mental, que es desenvolupen en l'organisme com a conseqüència dels processos biològics elementals de l'ésser humà i de la constitució orgànica de l'individu. El factor biològic inclou l'herència genètica, el procés de maduració orgànica, l'envelliment i els diferents sistemes interns de l'organisme, des del sistema nerviós fins a l'esquelètic.

Degut a la complexitat de relacions del sistema orgànic, les causes i les conseqüències també són complexes i multidimensionals.

El medi ambient

La categoria de medi ambient fa referència a tots aquells factors exògens a la naturalesa biològica humana, sobre els quals l'individu té poc o gens control. Alguns elements característics d'aquesta dimensió són les peculiaritats geogràfiques, el clima o l'economia. Per sí mateixos, els individus no tenen potestat de control sobre els factors ambientals, però aquests sí que repercuteixen de forma inevitable sobre les eleccions individuals.

Estils de vida

A diferència dels elements anteriors, l'estil de vida queda definit per la suma de productes acumulatius d'accions pretèrites. És a dir, les accions i la suma de decisions individuals són en sí mateixos els agents últims generadors de riscos favorables o perniciosos per a la salut de l'individu. Quan la conseqüència última de malaltia o decés és el resultat directe d'eleccions individuals, es pot afirmar que l'estil de vida ha contribuït a la malaltia o defunció.

Organització de l'atenció de salut

La darrera categoria proposada en el treball original, l'organització de l'atenció de salut, fa referència a la quantitat, qualitat, ordre, índole i relacions entre les persones i els recursos orientats a la cura de la salut. Els serveis sanitaris contemplats en el concepte, inclouen la pràctica d'infermeria, la provisió de tractaments farmacològics, el nombre d'hospitals, el tractament bucodental, etc.

En l'examen polític efectuat pel ministeri de salut, aquest darrer element del Model de camp, contribueix en un 5% en l'explicació de les principals causes de mort i malaltia del país nord-americà. Les dades estadístiques estimades en la revisió primària realitzada per la divisió de benestar i salut, va suposar un punt d'inflexió en la concepció política sobre la gestió dels recursos sanitaris i la rellevància dels esforços administratius en l'explicació de l'estat de salut de la col·lectivitat. Tot i l'aparició de múltiples crítiques per part d'alguns agents afins a la pràctica pública (Evans, 1982; McEwen, 1979), la proposta inicial va gaudir d'una àmplia acceptació i reconeixement internacional per part d'acadèmics (Green i Anderson, 1986) i planificadors de polítiques (US Surgeon General, 1979). Els principis revolucionaris en la conjuntura de la proposta original, va permetre la implementació d'una aproximació ecològica en el corol·lari ideogràfic d'intervenció, com a mínim en la seva concepció imaginària.

En aquest sentit, la formulació és considerada una fita històrica en termes polítics, o com els esforços governamentals poden ser una font de transformació i mobilització a tots els nivells de la producció gnoseològica més allà dels sectors sanitaris.

El model de Dahlgren i Whitehead (1991)

La proposta de Dahlgren i Whitehead és un dels plantejaments teòrics sobre els determinants socials de la salut amb més acceptació en l'actualitat. De fet, és una de les primeres formulacions socioecològiques específiques centrades en explicar de quina manera els factors de l'entorn interrelacionen i condicionen l'estat de salut de les persones i les problemàtiques socials. El model explica com les desigualtats socials en salut són el resultat de la interacció entre diferents nivells de condicions causals, les quals oscil·len des de les eleccions individuals, fins a les decisions polítiques passant per les condicions de la comunitat a la qual pertany l'individu (Gunning-Scheppers, 1999).

En la Figura 1, hom pot visualitzar com la persona ocupa una posició central en l'entramat de relacions concèntriques. De forma indeleble a la condició humana hi ha presents els factors genètics, l'edat i el sexe, elements indivisibles a l'essència de l'ésser viu. En una segona capa, hi ha representats els estils de vida dels individus, que són el producte de la manifestació conductual de les decisions intrapersonals. D'aquesta manera, les persones en situació de desavantatge tenen més probabilitats de presentar conductes de risc degut als factors relacionats amb els hàbits personals adquirits i els comportaments desenvolupats. Un exemple de factors de risc per a la salut derivats directament de la manifestació subjectiva són el tabaquisme, la dieta inadequada o el consum d'alcohol.

La tercera capa representa la dimensió social del plantejament teòric. Les xarxes socials i els factors comunitaris influeixen en la manera en que la persona pensa i actua. Els grups amb major nombre de vincles socials, presenten majors puntuacions de benestar físic i psicològic. D'altra banda, el nombre de serveis socials i comunitaris incideix en el grau de privació de les societats, la qual cosa condueix a les persones de l'extrem inferior de l'escala social a la soledat i l'aïllament, factors de risc per a la salut de naturalesa ecològica.

Figura 1. *The main determinants of health*



Nota. Rainbow Model extret del treball original de Dahlgren i Whitehead (1991, p.11)

Finalment, en els dos últims anells es defineixen els determinants relacionats amb les condicions de vida i de treball, per una banda i en la capa ulterior les condicions socioeconòmiques, culturals i ambientals per l'altra. Aquestes últimes, engloben en la seva totalitat els altres nivells exposats. Les condicions descrites en les capes superiors, com és el cas de les condicions econòmiques, es vinculen amb cada una de les capes inferiors, generant una situació d'interdependència en la qual els canvis produïts en una capa, tenen capacitat operativa en els factors que engloba davall.

La representació gràfica del model, facilita la conceptualització del mapa de salut de les persones, la qual cosa possibilita als professionals la detecció precoç de les influències negatives en relació amb un problema social determinat. Recentment, els autors del "*Rainbow Model*" (Dahlgren i Whitehead, 2021) han avaluat amb l'experiència del temps i la valència retrospectiva d'un món post-pandèmic la influència de la proposta original trenta anys després de la primera publicació. A mode de conclusió, els artífexs subratllen l'eficàcia consumada en la implementació del model en projectes concrets, així com la necessitat constant d'evolució i adaptació dels mecanismes desenvolupats per afrontar els reptes futurs amb l'objectiu últim de reduir les desigualtats socials en salut al món.

El model de Diderichsen, Dahlgren i Whitehead (2001)

Diderichsen et al. (2001) desenvoluparen un model per comprendre les causes i les mesures necessàries per monitoritzar les desigualtats en salut. A diferència de les propostes anteriors, en especial èmfasi en el model de determinants socials de Dahlgren i Whitehead (1991), la nova formulació està concebuda, tot i que sense manifestacions explícites,

sobre els principis sociològics de posició i classe social (Bourdieu, 2000). Els autors del model identifiquen quatre mecanismes centrals que tenen un rol cabdal en la generació de desigualtats en salut: l'estratificació social, l'exposició diferencial, la vulnerabilitat diferencial i les conseqüències diferencials de la malaltia.

El model presentat pels autors explora els mecanismes mitjançant els quals les societats organitzen els seus recursos i assignen a les persones diferents posicions socials. Com a producte resultant de les formes d'organització comunitària, dins dels organismes socials es genera un gradient d'estratificació social, el qual determinarà les oportunitats de desenvolupament de cada un dels membres de la societat.

El primer mecanisme identificat (I), fa referència a les formes de distribució del poder de la societat. La manera particular d'estructuració dels recursos de la societat condiciona el ventall de possibles accions dels seus membres. El tipus de sistema educatiu, el nombre d'organismes i agències governamentals o les polítiques laborals són exemples de factors intrínsecs a l'estructura de vertebració del sistema social que implícitament, comprometen l'estat de salut dels seus membres.

El fenomen d'estratificació social generat per les normes implícites en l'estructura de la societat, predisposa als diferents grups a una exposició diferencial (II) a diferents condicions més o menys perjudicials per a l'estat de salut. Les circumstàncies econòmiques o les condicions laborals, poden esdevenir agents promotors de factors de risc en funció de la posició social que ocupi la persona. Així mateix, els propis factors de risc comprometen la salut de la persona mitjançant la vulnerabilitat engendrada pel diferencial de vulnerabilitat (III), el qual està condicionat per la presència d'altres factors de risc i les característiques socials. D'aquesta manera, els grups social inferiors estan predisposats a enfrontar condicions de risc més desfavorables, la qual cosa modifica la seva vulnerabilitat i els torna més susceptibles a patir alguna afecció o malaltia (IV).

En una revisió recent (Diderichsen et al., 2012), als mecanismes definits originàriament els autors han afegit un cinquè element relacionat amb les conseqüències de la malaltia per a l'individu i la societat. Fins ara hem analitzat de quina manera la posició que ocupa l'individu en una societat és un element diferencial en la creació d'oportunitats de creixement i de salut. El fenomen d'estratificació social (I), generat per les característiques socials del sistema, condiciona i compromet la vulnerabilitat dels grups

(III) mitjançant l'exposició dels individus als factors de risc. Els quals, a la vegada, determinen l'estat de salut dels propis membres. Finalment, les conseqüències derivades pel curs de la malaltia es poden diferenciar en dos nivells. En primer lloc, les repercussions de l'estat patològic comprometen el correcte funcionament dels principis orgànics, els quals, més enllà d'involucrar el curs vital individual interferirà en l. Atenent a aquest factor, les conseqüències derivades de la posició social es veuen emmarcades en un segon nivell, el de la societat. Les conseqüències de la malaltia *a priori* particulars, per mitjà dels propis mecanismes estructurals incideixen en les formes més genèriques d'estructuració social, fet el qual comporta implícitament implicacions negatives per a les activitats de producció i d'organització.

La proposta teòrica formulada per Diderichsen et al. (2001), presenta una forma particular d'analitzar els determinants socials des d'una perspectiva més estructuralista. El model il·lustrat, ha estat emprat per organitzacions governamentals com la ONU (Marmot et al., 2008) i les comissions de salut del Regne Unit (Marmot et al., 2010) com a instrument de mesura per a la identificació i la detecció dels agents determinants en les problemàtiques socials.

El model de Mackenbach, Van de Mheen i Stronks (1994)

El model proposat per Mackenbach et al. (1994) emfatitza els mecanismes mitjançant els quals es generen les desigualtats en salut. Per als autors, la complexitat de les interrelacions pròpies dels models socioecològics que analitzen l'estat de salut de les poblacions es pot sintetitzar en dos elements, que traduïts al vocabulari tecnocràtic adopten la categoria de dimensions o mecanismes: els mecanismes de “selecció” i els mecanismes de “causació”.

La dimensió de selecció fa referència a la influència que exerceix la salut sobre la posició socioeconòmica dels individus a través de la mobilitat dins de la col·lectivitat. És a dir, descriu el procediment de creació o alteració de l'estat de salut a partir d'una variable inicial de poder econòmic i mobilitat dins de l'estrat social. De forma complementària, la causalitat es centra en la identificació dels mecanismes que interfereixen en l'estat de salut a partir de la relació entre la variable posició socioeconòmica i els factors de risc. Si bé els dos dispositius gaudeixen d'independència explicativa, la interrelació entre forces generadores de les desigualtats perfila un únic model en el quals tots els elements no són

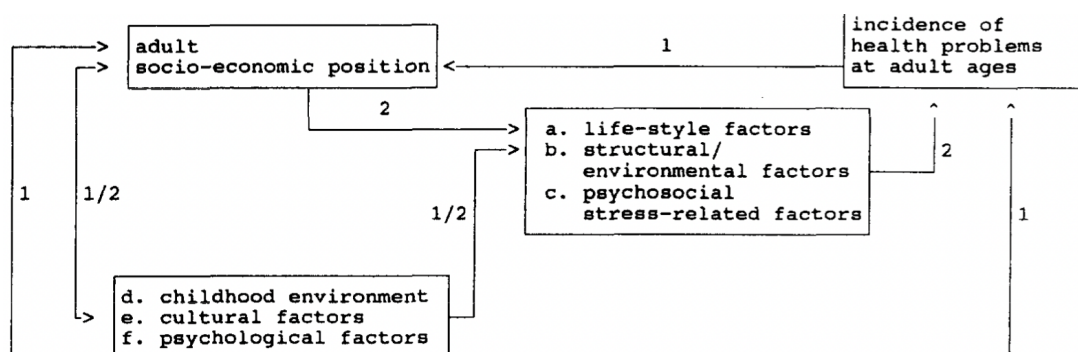
productes aïllats amb capacitat resolutiva, sinó el resultat d'un procés envitricollat on les forces resultant són el producte de les interrelacions predecessores.

En l'esquema visual del model representat en la Figura 2, els mecanismes de selecció estan figurats amb el número 1, mentre que els mecanismes de causació estan caracteritzats amb el número 2. El mecanisme de selecció, engloba les circumstàncies de la infància i la posició socioeconòmica en l'edat adulta. En l'esquema, la posició ocupada en l'edat adulta és la conseqüència acumulativa de l'efecte de les experiències vitals viscudes en la infància i els problemes de salut del moment temporal actual. El número 2 per la seva banda, representa el mecanisme causal basat en la influència de tres grups de diferents factors de risc considerats elements intermediaris entre la posició socioeconòmica i l'estat de salut.

Els factors de risc específics (els estils de vida, les característiques de l'entorn i els factors associats a l'estrès psicosocial) exerceixen una funció medidora entre les experiències de la infància i la condició socioeconòmica de l'edat adulta. En aquest cas, atenent als mecanismes descrits en el model, l'estat de salut com a variable última d'interès és la causa i la conseqüència d'una sort de determinisme social predeterminat per la valoració i la posició social dins de la matriu estructural. O el que és el mateix, la reducció de l'estat de salut a una condició social determinada per les forces estructurals de la societat.

Figura 2

Representació gràfica dels mecanismes i dels factors que incideixen en les desigualtats socioeconòmiques en la gent d'edat avançada



Nota. Extret del treball de Mackenbach et al.(1994, p.300)

El model d'adaptació al llarg de la vida

En la seva concepció original, aquest model procurava relacionar la pràctica clínica (aspecte curatiu de la malaltia) amb els interessos de la salut pública (aspecte preventiu de la malaltia). Davant l'augment del nombre significatiu de les problemàtiques socials, l'esquema primitiu va ser reorientat i aplicat com un model dels factors socials que generen problemes de salut i contribueixen a generar desigualtats.

El model forma part del conglomerat d'evidència empírica descrit en l'Informe Acheson (Acheson, 1998), el qual il·lustra explícitament la relació entre les disparitats en salut i la classe social. L'informe original, conté 39 suggeriments de polítiques de temàtica diversa dirigides a reduir les desigualtats i millorar la salut de les comunitats del Regne Unit.

En aquest cas particular, el model vincula la relació de l'estructura social a l'estat de salut per mitjà de la influència dels factors de risc materials, conductuals, psicosocials i de l'entorn de treball i social. La condició genètica, les experiències en l'etapa infantil i els factors culturals són dimensions estretament relacionades amb l'elecció individual i els resultats derivats de les mateixes.

La idea central que subjuga la lògica teòrica de la proposta, és que la salut mesurada en un moment determinat reproduceix en la seva concepció les condicions de vida contemporànies i les experiències d'etapes vitals anteriors (Kuh i Ben-Shlomo, 2004). En conseqüència, la salut és defineix com un producte acumulatiu de les memòries personals constituït per un flabell de factors de risc de naturalesa individual, social i estructural.

La proposta de la Comissió sobre Determinants Socials de la salut (OMS)

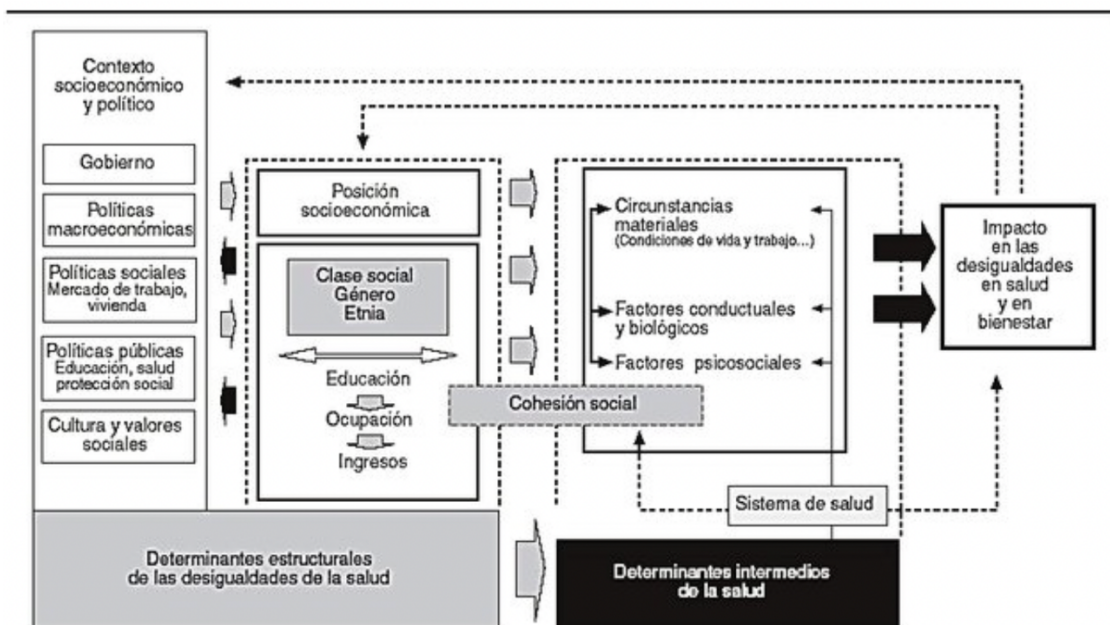
L'any 2005, l'OMS va anunciar la creació de la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut, amb l'objectiu d'orientar i influir les polítiques dels estats membres i els programes de la pròpia organització mitjançant la centralització de les dades probatòries sobre els determinants socials de la salut i les conseqüents mesures alternatives plausibles amb capacitat resolutiva sobre les problemàtiques derivades de les iniquitats en salut. Les forces i sistemes englobades sota el mateix concepte, inclouen un ampli ventall d'accions que van des de les polítiques i els sistemes econòmics fins a l'establiment de polítiques socials i els programes de desenvolupament. En última instància, el model és una forma

operativa concreta d'abordar els problemes de salut considerats d'interès públic, recolzat en la intencionalitat epistemològica de formular polítiques globals (Ferrelli, 2015) que reflecteixin les interaccions de poder d'un conjunt concret.

El model elaborat per la Comissió sobre Determinants Socials de l'OMS, esquematitzat en la Figura 3, pot ésser interpretat com un intent formal de la màxima institució de combatre les iniquitats en salut per mitjà de l'estructuració d'una proposta teòrica i la instauració d'una metodologia de treball interdisciplinària. El model desenvolupat és en suma, un compendi de les propostes teòriques descrites anteriorment.

Figura 3

Model sobre els Determinants Socials de la Salut



Nota. Model elaborat per la Comissió sobre els DSS de l'OMS. Extret del treball de Solar i Irwin (2007, p.48)

La formulació expressada per l'agència de salut de les Nacions Unides, és de naturalesa explicativa i interpretativa dels processos de salut-malaltia. A diferència de les contribucions predecessors, aquest model va més enllà de la identificació de les xarxes de causalitat; procura un marc concret d'anàlisi descriptiu que permet visibilitzar i identificar els determinants que contribueixen a generar desigualtats en una col·lectivitat concreta per mitjà de la caracterització de tres components bàsics en el marc conceptual:

el context socioeconòmic i polític, els determinants estructurals i els determinants intermedis.

La proposta esquemàtica a través d'un model, és una forma sintètica de representar la complexitat de les forces que interrelacionen en les pràctiques quotidianes de qualsevol individu i que tenen un efecte sobre les seves decisions. Atenent a l'enrevessament de relacions intricades en la proposta teòrica, podem resumir les dimensions en dos eixos principals:

- i. La importància del context sociopolític i econòmic en l'organització dels marcs d'acció dels determinants.
- ii. La diferenciació i classificació dels principals determinants socials en funció de la importància explicativa de la naturalesa de les desigualtats.

Context socioeconòmic i polític

El primer element del model referencia als factors estructurals del sistema que afecten de forma significativa a l'estructura social del mateix. A diferència dels determinants concrets, les forces organitzatives inherents a les condicions particulars del conjunt són difícilment quantificables, la qual cosa contrarieja i limita la identificació i la capacitat d'intervenció dels agents externs sobre les mateixes. En aquest sentit, el context sociopolític engloba els mecanismes socials que generen, configuren i mantenen les jerarquies d'estratificació social, com per exemple el mercat laboral o el sistema educatiu (Solar i Irwin, 2006), elements que tot i de complexitat considerable, proporcionen un canal d'acció als investigadors. Els aspectes que tot model hauria de contemplar en l'anàlisi dels factors estructurals de les causes últimes observables són:

- i. Estil de govern: en un sentit ampli engloba el sistema de valors, les polítiques i institucions a través dels quals l'estat organitza l'autoritat en funció de la relació entre les diferents formes de poder existents.
- ii. Polítiques macroeconòmiques: inclou les polítiques fiscals, les relacions mercantilistes, els exercicis de producció laboral i les estructures del mercat.
- iii. Polítiques social: inclou els programes educatius, el control de les condicions de treball, entre d'altres.
- iv. Polítiques públiques: referencia als projectes concrets que dissenya i gestiona l'estat orientat a la concreció d'accions específiques dirigides a la regulació dels

diferents sistemes públics com el sanitari, el sistema educatiu, de salut i de protecció social i garantir les condicions mínimes de salubritat.

- v. Cultura i valors socials: en un sentit figurat fa referència a l'acceptació simbòlica que li atribueix el sistema als principis que regulen les seves accions.

Tot i la dificultat manifesta d'establir relacions causals entre els principis estructurals del context i els resultats objectius derivats de l'estat de salut de la persona, alguns autors han estudiat de quina manera les polítiques públiques generals influeixen i condicionen els determinants socials (Navarro i Shi, 2001; Navarro et al., 2003). En l'última dècada, els interessos científics de disciplines afins a les ciències socials han unificat els esforços en analitzar les repercussions, a tots els nivells de l'auge dels partits polítics d'extrema dreta. En aquest sentit, alguns professionals han concentrat l'objectiu d'interès en les conseqüències específiques del règim governamental sobre els determinants socials i els resultats de salut (Bambra i Lynch, 2021; Labonté i Baum, 2021; Moise, 2021). En una revisió sistemàtica recent, Rinaldi i Bekker (2021) davant la preocupació incipient per l'augment del reconeixement popular dels partits extremistes, analitzen de quina manera les polítiques promogudes pels partits polítics d'orientació ideològica d'extrema dreta comprometen l'estat de salut de les poblacions. Els autors conclouen que els principis ideològics dels partits polítics governants d'orientació extremistista, influeixen les polítiques de benestar mitjançant la implementació governamental de principis que delimiten i restringeixen l'accés d'alguns grups minoritaris als serveis bàsics característics idiosincràtics del sistema de dret de l'estat de benestar.

Un altre exemple que posa de manifest l'impacte de les polítiques públiques en els resultats de salut el trobem en l'estudi de Chung i Muntaner (2006), en el qual la diferència percentual de la taxa de mortalitat entre els 18 països explorats en l'estudi queda explicada per la tipologia de l'estat de benestar de cada un d'ells. És a dir, la conseqüència personal de l'estat de salut individual és en essència, el producte final resultant de l'activitat de forces estructurals sobre les quals els individus tenen poc, o nul control. En aquest punt de reflexió sobre la llibertat i el poder de la massa sobre les pròpies eleccions, seria oportú recordar l'extracte sociològic de les polèmiques clàssiques entre els principis defensats per Tarde (1986) i Durkheim (1982) sobre la dialèctica entre l'acció del subjecte i el medi social. O com Lukács (1985) denunciava les antinòmies del

pensament predominant en la societat capitalista davant la contradicció estructural entre l'autonomia individual i el determinisme social sostingudes en un mateix ordre temporal.

No és objecte d'aquesta tesi captivar els principis filosòfics sobre la correspondència entre individu i entorn. Tampoc ho és l'exploració analítica dels estats de benestar com a paradigma dogmàtic de les llibertats individuals. No obstant, la introducció de conceptes puntuals en el transcurs del discurs, i la recuperació d'alguns principis ètics i fenomenològics de judicis equipol·lents a la temàtica última de discussió, simplifica i consenteix un exercici racional sensible a la complexitat del mòbil sotmès a diagnòstic. A propòsit del factor sociopolític, és interessant introduir en l'anàlisi de les desigualtats socials en salut conceptes i contribucions teòriques de disciplines socials anàlogues als camps tradicionals de l'epidemiologia social i la salut pública. El bescanvi de coneixements i els esforços comunitaris conjunts, han de ser el nucli del desenvolupament en l'encontre sostinguts dels professionals amb la reducció de les desigualtats i la consolidació del dret a la vida digna. Recuperant la significança dels factors del context en l'entramat superior de relacions, Esping-Andersen (1990) proposa una classificació per categories en la qual qualsevol país d'interès pot agrupar-se en algun dels règims d'estat del benestar en funció de tres principis:

- i. Desmercantilització: és el grau d'independència que les societats mantenen respecte els sistemes mercantilistes.
- ii. Estratificació social: és la forma en que la societat es distribueix en estrats en funció de criteris de classificació social.
- iii. Barreja público-privada: fa al·lusió als compromisos institucionals entre els diferents agents de l'estat per distribuir les funcions de benestar.

El plantejament polític com a agent causal de les desigualtats és un tema poc analitzat en la literatura des d'una perspectiva empírica i amb resultats confusos (Brennenstuhl et al., 2012). La gran majoria d'estudis interessats en la relació de les característiques polítiques i la salut presents en les bases de dades són concebuts des d'una perspectiva descriptiva, amb preeminència de revisions sistemàtiques (Kim, 2017; McCartney et al., 2019). Malgrat aquesta puntualització tècnica, els resultats susciten una relació positiva entre la ideologia del partit polític governant i els indicadors de salut de la població. D'aquesta manera, l'establiment de doctrines simpatitzants amb l'orientació política tradicional

igualitària pròpia de les democràcies s'associa a resultats de salut més positius en termes absoluts (Muntaner et al., 2011).

Determinants estructurals i posició socioeconòmica

Fins ara em utilitzat el concepte “determinants socials” , “determinants de la salut” i “determinants socials de la salut” indistintament. Aquesta peculiaritat dels discursos tècnics sobre la matèria no remet a preferències individuals, ans al contrari, com senyala Graham (2004) “és un concepte imprecisament definit” (p.105), el qual ha adquirit un doble significat per referir els factors socials que influencien la salut de la població i el procés social que s'encova a la distribució desigual dels recursos disponibles en funció de la posició social. En aquesta línia d'argumentació, la peça clau de l'entramat explicatiu de la condició de salut és el fenomen d'estratificació social, el qual es pot conceptualitzar com la conseqüència operativa dels mecanismes inherents al context social i polític.

Amb l'objectiu de clarificar les ambigüitats lingüístiques suscitades per la multi-dimensionalitat del mot determinants socials, s'ha introduït el concepte “determinants estructurals” per referir-se exclusivament als components relacionats amb la posició socioeconòmica. La prospecció dels determinants estructurals, combinats amb les característiques del context socioeconòmic i polític és el que s'anomena “determinants socials de les desigualtats en salut”.

Reprement l'ànima de la necessitat filològica d'adreçar les paraules pulcrament i amb consciència lingüística, adreçarem únicament el concepte determinants estructurals per referir-nos als diferents eixos que són font de desigualtats dins de l'estructura social. En particular, el model fa al·lusió a la classe social, la posició socioeconòmica, el gènere, l'ètnia i la raça com a factors constitutius que condicionaran la via d'accés a tots els recursos disposats pels subsistemes de l'estat, i els quals actuaran com a mecanismes generadors d'oportunitats de desenvolupament. D'igual manera, els determinants estructurals generaran, mantindran i reforçaran el fenomen d'estratificació social condicionat pels eixos ja definits, fet el qual, atorga al conjunt la condició de reciprocitat, sobre accentuant les desigualtats i aguditzant les diferències atribuïbles a la classe social.

En aquest cas, seguint el fil argumentador esgrimit en el model de desigualtats socials proposat per l'OMS, la distribució desigual de recursos present en totes les societats és

una conseqüència compendiosa de les forces categòriques reflectida en forma de jerarquia social (Espelt et al., 2008), la qual és configurada en funció de les dimensions englobades sota l'etiqueta “determinants estructurals”. El producte de la desigualtat produïda és defineix relacionalment amb el control i les oportunitats d'accés als recursos (Borrell i Artazcoz, 2008). D'aquesta manera, les diferències desigualitàries engendrades per un procés cognitiu de categorització social (Tajfel i Turner, 1986) a favor dels membres dominants del grup, intensifica les desigualtats en la mesura que les classes socials privilegiades es beneficien en detriment de la manca de poder i la inaccessibilitat als recursos de les persones classificades en estrats socials baixos.

Un dels recursos tècnics més utilitzats pels científics socials per analitzar la influència de la posició socioeconòmica sobre l'estat de salut dels membres d'una població és la perspectiva “al llarg de la vida” (Bartley, 2004; Dannefer, 2003). Conforme als principis d'aquesta aproximació teòrica, l'estat de salut biològic d'una persona és un indicador del passat i la posició social present de la mateixa, mitjançant el qual es reflecteixen de forma estructurada els processos socials experimentats. És a dir, les experiències socials viscudes es veuen reflectides en un doble sentit. D'una banda, la història personal es manifestada en la condició socioeconòmica actual de l'individu, i en l'altra, en la fisiologia i les característiques orgàniques del mateix.

Aquesta peculiaritat anatòmica, ha rebut el nom de “programació biològica” (Barker, 1994). Segons la hipòtesi plantejada per l'epidemiòleg britànic David Barker, els canvis produïts en l'etapa intrauterina predisposen i determinen la susceptibilitat a emmalaltir en l'edat adulta. Barker suggereix que la gènesis de les malalties cròniques desenvolupades al llarg de la vida són conseqüència directa d'adaptacions genètiques forçades en el fetus degut a canvis crítics durant l'embaràs. En concret, l'epidemiòleg assenyala a la malnutrició i a l'exposició de malalties infeccioses durant els primers anys de vida com a responsables de l'estat de salut en les etapes posteriors.

Nombrosos estudis articulats des d'aquest plantejament biològic, han evidenciat la relació entre l'estat de salut en l'edat adulta i les circumstàncies experimentades en la infància i l'adolescència (Kuh et al., 2002; Langerber et al., 2003; Power et al., 2003). En aquest sentit, les influències de les experiències viscudes durant els primers anys de vida han demostrat ser una variable d'interès en la literatura científica per la seva capacitat

predictora en el desenvolupament de patologies cardiovasculars en etapes avançades del desenvolupament (Brunner et al., 1999; Lawlor et al., 2002).

En un estudi particularment interessant, Drever i Whitehead (1997) van identificar la classe social dels progenitors com una variable predictora del pes del nadó en el moment del part. Al seu torn, el pes del nadó en el moment del naixement es va associar amb un ampli ventall de problemes de salut en etapes posteriors del desenvolupament (Bartley et al., 1994). Malgrat que aquesta circumstància s'hagi associat a la “programació biològica” (Barker, 1994) com a constructe explicatiu de la particularitat fisiològica, el concerniment últim del model dels determinants socials en relació a l'abast dels determinants estructurals, consisteix en proporcionar amb la màxima pulcritud la urgència internacional d'adreçar recursos i evidència sobre la naturalesa determinista i potencial intrinsec dels factors socials en la construcció de l'estat de salut de la població des de les primeres fins a les últimes experiències vitals.

De forma independent als plausibles canvis estructurals i funcionals dels òrgans en l'etapa fetal, l'estat de salut objectiu en l'adulthood s'ha relacionat de forma estreta amb la condició social, i les circumstàncies particulars derivades de la posició en la jerarquia social en la infància i l'adolescència (Cermakova et al., 2018; Kuh i Ben-Shlomo, 2004). Aquest fet, amplifica l'evidència que sustenta l'existència d'una força bidireccional en la construcció de l'estat de salut de les persones i la qualitat de vida de les mateixes entre els eixos individuals i les condicions del context social, econòmic i polític.

L'exercici descriptiu efectuat en l'epígraf anterior relacionat amb l'exposició d'algunes de les evidències científiques més rellevants en el marc de l'aplicació de la perspectiva de salut a llarg de la vida, ens a permès dibuixar un esquema conceptual entre esdeveniments a priori insignificants, els quals són al nostre judici el clar reflex de la capacitat determinista dels factors socials de caràcter, a priori irrisori. L'establiment d'una seqüència causal entre dos esdeveniments de naturalesa previsible, són en realitat, el producte social d'un encadenament de circumstàncies presumptivament inapel·lables per la força de les característiques de l'entorn. Arribats aquest punt, la següent pregunta que ens formulem resideix en la capacitat individual de modificació de l'entorn i la recerca de responsables de la circumstància personal.

Determinants intermedis

Els determinants o factors intermedis deriven de la configuració latent de l'estructura social, els qual, alhora, determinen les desigualtats en salut. Aquests determinants estan concatenats amb una sèrie d'influències a nivell individual, més enllà dels mecanismes propis de la matriu social, les quals exposen i delimiten la vulnerabilitat a certs factors de risc per a la salut. Els factors identificats en el model com a productes resultants de la primacia de la classe social són: les circumstàncies materials, les circumstàncies psicosocials, els factors biològics i en menor mesura, els sistemes de salut.

Circumstàncies materials

Les circumstàncies materials fan referència tant a l'entorn físic, com a les característiques del lloc de treball, a les condicions de l'habitatge i la capacitat de producció i consum de recursos tals com vestimenta o productes alimentaris. En funció de la qualitat, aquestes circumstàncies poden esdevenir un factor protector o suposar un element de risc per a la salut al llarg de la vida.

Un dels factors intermediaris més importants per a la salut és el nivell de vida. El model de l'OMS assumeix que les persones amb un nivell socioeconòmic baix, viuen en condicions materials més precàries respecte als grups més ben situats en l'estructura social. Paral·lelament, la categoria, en termes de qualitat, dels recursos disponibles en funció de l'estrat es veu perjudicada per la sobirania de l'ordre social, proposició que condueix als individus dels col·lectius més desavantatjats a adoptar conductes individuals sovint poc beneficioses per al seu benestar.

Els grups marginals i aquells particulars que es troben en una situació socioeconòmica adversa als interessos de la bona salut, generalment resideixen en zones urbanes identitàries de la seva posició social. Aquest fet s'ha atribuït en la literatura als fenòmens de segregació i pobresa social (Rothwell i Massey, 2010). La definició d'espais geogràficament delimitats dins dels nuclis urbans per qüestions de raça o ètnia, constitueix un dels mecanismes socials més extensos de distribució desigualitària d'oportunitats de salut dins d'una societat. Les diferències en l'estat de salut en termes de morbiditat i mortalitat entre els grups ètnics, s'ha documentat en repetides ocasions en regions geogràfiques diverses i en diferents continents. Les evidències provenen d'estudis

poblacionals realitzats principalment als Estats Units d'Amèrica (LaVeist et al., 2023), al Regne Unit (Marmot et al., 1984), Sudàfrica (Sidiropoulos et al., 1997), Austràlia (McLennan i Madden, 1999) entre d'altres (Polednak, 1989).

Mentre que alguns autors com Wild i McKeigue (1997) sostenen que les desigualtats econòmiques tenen un impacte ridícul en la concepció de les diferències en salut entre grups ètnics, altres suggereixen que l'impacte de les variables socials són vestigis incidentals a les característiques culturals i genètiques de cada grup (Smaje, 1996). Malgrat la disputació existent entre dades estadístiques, el mínim comú denominador de les investigacions interessades en el comportament dels grups minoritaris assenyalen als determinants estructurals, i en concret a la posició socioeconòmica, com a factors destacables de les desigualtats en salut produïdes entre grups ètnics i racials dispars (Egede, 2006; Sheldon i Parker, 1992).

En la recerca d'explicacions plausibles a les diferències evidenciades per qüestions idiosincràtiques dels grups, les causes ecològiques profereixen un ampli espectre d'indicadors generadors del conflicte latent entre l'estat de salut i la casta social designada. Participants en l'estudi del comtat d'Alameda (Balfour i Kaplan, 2002) van referir una llista de factors particulars del context que eren percebuts com a causes potencials de conflicte en el barri de residència. En l'anàlisi longitudinal, aquells subjectes que havien referit en particular la falta de condicions lumíniques en zones urbanes i la limitació d'accés al transport públic eren més propensos a desenvolupar problemes físics de mobilitat en comparació als que no havien identificat a la falta d'il·luminació com una font de conflicte intraurbana. Dades procedents del mateix disseny experimental, suggerien que la presència elevada en el barri de botigues comercials (farmàcies, salons de bellesa, supermercats) estava associada amb un augment del risc de mort prematura de la zona residencial (Yen i Kaplan, 1999).

L'estudi de les condicions del barri i la salut dels qui l'habiten configuren un binomi de complexitat considerable degut a l'extensió del nombre de possibles determinants i la multidimensionalitat dels constructes protagonistes. Tot i la falta de consens explícit en l'operativització del barri en la salut col·lectiva, les interaccions estadístiques entre dades i variables de procedència dispar assenyalen possibles associacions significatives entre les característiques individuals, els elements de l'entorn residencial i la salut, relacions parcialment explicades per la posició social i la raça (Stafford i Marmot, 2003).

Més enllà de les característiques estructurals del barri, les condicions de l'habitatge reflecteixen en essència la situació socioeconòmica dels qui l'habiten (Howden-Chapman, 2004). Les característiques mencionades fan referència a les condicions internes, l'accés a aigua calenta, les condicions de ventilació, l'estructura tècnica dels fonaments etc. Elements trivials, que han esdevingut indicadors formals dels recursos materials disponibles (Dedman et al., 2001). En consonància amb la llista d'elements distintius de la posició i l'estatus social, Galobardes et al. (2006) proposen l'indicador "índex de finestres trencades" com a sistema valoratiu de l'estat de l'habitatge i l'entorn contigu del mateix.

L'interès dels investigadors per a la creació d'indicadors objectius i psicomètricament acceptables és una necessitat auto-imposada. La utilització d'un tipus de recurs de mesuratge o d'un altre, ha estat objecte de controvèrsia entre els professionals. Mentre que en països industrialitzats l'accés al vehicle privat s'ha normalitzat en l'ideari de drets i deures ha reivindicar (Cortinovis et al., 1993), en països no industrialitzats els actius utilitzats en la valoració de la posició socioeconòmica inclouen la presència o a carestia d'un aparell refrigerador, està en propietat d'una bicicleta o tenir aparells electrònics com televisió i ràdio (Filmer i Pritchett, 2001; Montgomery et al., 2000). Actualment, sobretot en estudis de tipologia individual, una de les formes més esteses en la pràctica científica quotidiana consisteix en dissenyar i utilitzar indicadors compostos. Alguns dels conglomerats estandarditzats amb acceptació en la pràctica sociològica pel seu ús i reconeixement són "l'índex de posició social de Hollingshead", "l'índex de Duncan" o "l'estatus socioeconòmic de Nam-Powers" (Hollingshead, 1975; Liberatos, 1988). L'ús d'un tipus d'instrument o d'un altre dependrà de les característiques de l'entorn i les preferències de l'investigador en relació als objectius últims d'aproximació instrumental.

Factors conductuals i biològics

Els factors conductuals i biològics fan referència als estils de vida, individuals i col·lectius, així com a les característiques genètiques que predisposen a l'individu a desenvolupar determinats problemes de salut. En aquest apartat es consideren les diferències per sexe i edat, així com l'asimetria en l'adopció de conductes saludables per qüestions culturals, ètniques i racials.

Com hem anat assenyalant en aquest capítol, les desigualtats socials són un producte multidimensional conseqüència de valoracions econòmiques i judicis perceptius de poder. El fet que determina les capacitats de mobilitat social dins d'un grup o estrat socialment definit, és en gran mesura, el grau de control percebut per part dels individus sobre l'accés a determinats serveis públics tals com l'educació o els llocs de treball, i la qualitat dels mateixos determinants estructurals proposats pel model. En una unitat d'anàlisi inferior als factors transversals a la dimensió conjunta, els determinants d'ordre individual contribueixen a reforçar o modificar el grau de llibertat del subjecte per mitjà de la construcció del seu estat de salut a partir de la presa de decisions personal i privativa. L'aparent autonomia de l'arbitri personal respecte als factors inherents en l'entorn, és al capdavant, l'objecte últim de reivindicació de la declamació de la Carta d'Ottawa i les propostes teòriques ecològiques desenvolupades en la dècada dels anys 90 del segle passat, algunes de les quals s'han recollit en aquest capítol, i el rumb orientador de la pràctica constitucional de la comissió de determinants socials de l'OMS.

Una de les relacions més estudiades per les ciències mèdiques i polítiques, per qüestions de bagatge epistemològic, és l'associació entre la posició socioeconòmica i els resultats en termes saludables de la condició objectiva de salut. L'adopció de conductes i hàbits perniciosos per a la salut individual contribueix de forma significativa a reforçar les desigualtats en salut (Nyakutsikwa et al., 2020; Smith i Foster, 2014). L'exposició en etapes infantils, tant activa com passiva, a la conducta del consum de tabac incrementa el risc de desenvolupar patologies respiratòries i mort prematura. Tanmateix, els fills de progenitors considerats fumadors habituals de tabac presenten el doble de probabilitats de convertir-se en fumadors respecte als joves els quals el seu nucli familiar està lliure de fum (Edwards i Coleman, 2005). Aquest patró estadístic també s'ha observat amb el consum d'alcohol; infants els quals els seus pares consumeixen alcohol són més propensos a desenvolupar conductes de consum nocives en l'adolescència (Vermeulen-Smit, 2012). El consum excessiu d'alcohol o *binge drinking* incrementa el risc de mort cardíaca sobtada (Kauhanen et al., 1997) i és un element disruptor de l'ordre públic i contribuïdor a les disputes armades (Evans et al., 2021; Trangenstein et al., 2021).

La relació entre el consum de tabac i la posició socioeconòmica mostra una associació negativa en detriment dels grups socials més baixos. És a dir, la prevalença en nombre de fumadors és més gran en grups socials amb menys recursos. Les famílies monoparentals (Marsh i McKay, 1994), la població en situació d'atur laboral (Hiscock et al., 2012) i els

grups amb problemes mentals (Hughes et al., 1986; Venable et al., 2003) són alguns dels col·lectius identificats en la literatura que presenten índexs de tabaquisme més pronunciats.

La prevalença del consum en funció de la classe social està directament relacionada amb les adversitats a les quals han de fer front els col·lectius més desavantatjats en les seves pràctiques diàries. Una explicació alternativa a la mera exposició per contacte directe, suggereix que la pràctica de consum és una estratègia d'auto-medicació. En aquest sentit, el consum de tabac és vist com un recurs que ajuda a regular l'estat d'ànim, gestionar les situacions estressants i permet afrontar les tensions i malestar resultants de la situació de privació material en les quals es troben immersos alguns col·lectius (Graham, 1987; Smith i Morris, 1994).

L'estudi dels estils de vida és una variable relativament senzilla d'avaluar. El tabac, el consum d'alcohol o el nombre d'hores d'exercici setmanal són constructes molt presents en la llista de factors de risc elaborada pel discurs públic polític. En l'actualitat, les bases de dades científiques contenen nombroses publicacions que documenten els riscos i conseqüències per a la salut de l'adopció d'hàbits poc saludables. El nexa establert en la literatura entre els estils de vida i la posició socioeconòmica ha d'ésser interpretada en el seu conjunt. Per a alguns autors, la capacitat explicativa dels estils de vida sobre les desigualtats socials és percentualment poc significativa (Marmot et al., 1978). Amb tot, l'adopció de determinades conductes és sovint un reflex de les adversitats del qui les adopta.

Com hem assenyalat prèviament, la capacitat adquisitiva del grup està estretament relacionada amb el nombre de possibilitats d'eleccions individuals. Per tant, és difícil establir relacions unilaterals entre les conseqüències socials i els estils de vida individuals, basant el discurs de les desigualtats únicament contemplant com a variable explicativa de les mateixes el factor conductual; dit simplificadament, el més apropiat és evitar els judicis morals per classe o raça, i educar la raó científica en la complexitat de les interconnexions que conformen el binomi individu-societat.

Factors psicosocials

Els factors psicosocials i l'entorn social fan referència a les condicions que es manifesten en qualsevol situació i que suposen un repte per al benestar de l'individu. Al llarg de la vida, les persones han d'afrontar multitud de circumstàncies desfavorables estressants que poden ser percebudes com a amenaces directes per a la salut. L'origen etiològic de l'estressor orgànic, actua com a mecanisme protector davant les exigències ambientals plantejades per la circumstància social. L'exposició prolongada i sostinguda a un esdeveniment preocupant, comporta alteracions biològiques perjudicials en el funcionament dels mecanismes fisiològics encarregats de mantenir l'equilibri "homeostàtic" en l'expressió orgànica (Cannon, 1929). L'increment substancial de la pressió arterial (Munakata, 2019) i l'activació de les cèl·lules del sistema immunitari (Dhabbar i McEwen, 1997) són algunes de les respostes biològiques davant d'estímuls estressants aguts.

Gran part del debat sobre les desigualtats en salut ha tingut com a grup de referència els individus de les classes socials més baixes, sovint en condicions de pobresa. No obstant, l'evidència empírica suggereix que l'estat de salut està relacionada amb la desigualtat, magnitud que és transversal a tota la jerarquia social. En una secció de l'estudi general de "Whitehall" (van Rossum et al., 2000) un grup de funcionaris britànics van ser classificats i monitoritzats durant 25 anys en funció de les seves possibilitats econòmiques personals i el seu estatus laboral dins de l'activitat pública considerada restringida per a les classes elevades. Els resultats de l'estudi, mostren l'existència d'un gradient social similar al fenomen descrit en l'anàlisi de grups socioeconòmics dispars.

L'associació entre el nivell socioeconòmic i la taxa de mortalitat és un patró psicosocial que s'ha replicat en zones geogràfiques amb diferents nivells de desigualtats (Chiang, 1999; Lynch et al., 1998; Walberg et al., 1998). L'aparent existència d'un fenomen intracultural com a força major de la relació entre l'estat de salut i les condicions de vida poblacionals, ha conduït als científics a expandir els límits del mecanisme social a cotes supranacionals. Per a l'anàlisi de les problemàtiques en termes de desigualtats a nivell de país, els investigadors han utilitzat indicadors macroeconòmics generals per transferir els mecanismes teòrics descrits en grups específics, a la pràctica sistèmica de les relacions i l'esperança de vida dels col·lectius poblacionals (Marsh, 1988). L'estudi

realitzat per Kennedy et al. (1996) suggereix que existeix una relació estadísticament significativa entre les desigualtats en el nombre de ingressos i la mortalitat.

En una extensa revisió sistemàtica Lynch et al. (2004) ratifiquen l'existència de dita relació. Aquesta associació es inferida al context general amb independència de les peculiaritats culturals i geogràfiques de cada regió. Les persones que viuen en països on hi ha registrades un major nombre de desigualtats econòmiques en matèria d'ingressos anuals, presenten una esperança de vida més curta respecte a societats més igualitàries (Hales et al., 1999; Wilkinson, 1992).

La consolidació de la hipòtesi econòmica com a paradigma explicatiu de la relació entre les desigualtats socials i la mortalitat, és un reducte explanatori de la complexitat de les forces i els processos que intervenen en la construcció dels fenòmens psicosocials. En un estudi conduït per Lynch et al. (2000), els autors sotmeten a escrutini científic tres possibles plantejaments teòrics descrits en la literatura com a fórmules explicatives de la relació entre les desigualtats en ingressos i l'esperança de vida: ingrés individual, factors psicosocials i interpretacions "neomaterials". Després d'analitzar minuciosament cada una de les formulacions explicatives, els autors conclouen que la combinació dels ingressos individuals i les interpretacions "neoliberal" s'ajusta millor a l'evidència disponible sobre la problemàtica econòmica i la salut individual. Per a Lynch i col·laboradors, la perspectiva que defensa els factors psicosocials ignora les condicions materials que estructuren l'experiència quotidiana i responsabilitza a la víctima de la seva posició social, i per tant, del seu estat de salut.

Malgrat l'evidència reportada en el treball confirmatori de Lynch et al. (2000), les altres dues proposicions explicatives analitzades han demostrat ser condicions fonamentals per a l'estat de salut individual. Les dades nacionals de l'enquesta de salut efectuada al Regne Unit (Mindell et al., 2012), suggereix que el baix control i les condicions laborals, així com el nivell de cohesió social s'ajusten a l'explicació del gradient social com a mecanisme d'estructuració social. L'estudi "Whitehall II" (Bosma et al., 1997) mostra que les persones amb menor control percebut sobre les tasques laborals presenten més probabilitats de desenvolupar malalties coronàries. En estudis de disseny variats, s'ha demostrat que el fenomen de cohesió social s'associa a la correspondència percebuda del nombre d'ingressos (Kawachi et al., 1997) i el compromís amb la comunitat (Pérez et al.,

2020). Per contra, correlacions inverses s'han identificat entre la desigualtat econòmica i les taxes d'homicidi (Daly et al., 2001), racisme i discriminació per gènere (Kennedy, 1997).

Les manifestacions empíriques reportades entreveuen la presència d'una "cultura de la desigualtat" caracteritzada per una major agressivitat, major violència i menor compromís amb la societat (Kawachi et al, 1999). Reconèixer que l'estructura socioeconòmica té un efecte capital en els factors psicosocials i els problemes materials, implica acceptar la multiplicitat d'estímuls que controlen la pràctica individual quotidiana en tant que conseqüència d'un mecanisme d'estratificació social. Davant de la resignació que hom pot experimentar en presència de les forces que orienten i condicionen el seu estat de salut, el repertori d'activitats científiques compartides redueixen la magnitud del tàndem desigualtat- salut, a nivells d'intervenció estructurals en la mesura que el mecanisme articulador de les repercussions visibles definides com a desigualtats compulsa les creences i les pràctiques cognitives del grup dominant.

A la recerca de possibles mesures tangibles que retornin un major control als agents públics i als elaboradors de polítiques en l'afany de reduir les desigualtats presents en la societat, la redistribució dels ingressos dels col·lectius rics als pobres pot esdevenir una estratègia política efectiva per millorar la salut de la població general (Luo i Xie, 2020). La creació d'un comitè d'experts extern a la pràctica política, és una altra estratègia que ha demostrat solidesa i efectivitat. L'any 1997, el govern socialdemòcrata suec va anomenar una Comissió Nacional de Salut Pública amb l'objectiu de traçar i definir les línies de treball nacional de salut i les estratègies concretes per materialitzar-los (Hogstedt et al., 2004). La demanda científica mobilitzada des de l'impuls de l'executiu central, va resultar en la implicació de nombrosos professionals de diverses esferes de la comunitat científica i personalitats polítiques en la detecció i elaboració d'informes de treball concrets. Com a resultat del procés de diàleg democràtic entre els regidors i els científics participants, el document final presentat va estar basat en la seva totalitat en l'evidència científica. Exemples de temptatives similars a l'exercici del país nòrdic, és van manifestar en l'Informe Black (Smith et al., 1990), i l'informe sobre les desigualtats en salut a Espanya (Navarro i Benach, 1996). Tot i les recomanacions detallades d'acció, en tots dos casos els responsables polítics van ometre les indicacions científiques expressades.

La incompatibilitat d'interessos entre els científics i els agents polítics pot esdevenir una limitació estructural per l'acompliment dels objectius pretesos per ambdues parts. Com a organització supranacional, les agències i oficines de treball de l'OMS s'encarreguen de conglobar els nexes d'unió entre l'evidència empírica i la gestació de polítiques enfocades a la diligència política. En un document de treball suportat per l'OMS, Dahlgren i Whitehead (2006) proposen deu principis per a l'acció que han de servir com a guia general per a l'anàlisi de les causes de les desigualtats socials, així com per a la ideació d'estratègies polítiques orientades a tal efecte. Els principis mencionats en el document són:

- I. Apropar els recursos de salut als grups de persones en pitjors condicions perquè gaudeixin de les mateixes oportunitats que els grups benestants. Per disminuir les desigualtats en salut dels diversos grups, és important que les accions s'implementin en augmentar els recursos i millorar les condicions de vida dels menys privilegiats, i no intentar equiparar els nivells d'ambdós grups disminuint el potencial dels qui ocupen estrats més elevats.
- II. No existeix unanimitat d'eficàcia en l'aproximació teòrica. S'han d'utilitzar tant de forma independent com complementària les diverses perspectives contrastades. Les tres fonts principals definides són:
 - Centrar-se de forma exclusiva en la població que viu en condicions de pobresa. Aquest enfocament es basa en l'aproximació de "focalització". Aquestes polítiques es presenten com a plantejaments complementaris selectius de màxima necessitat. D'acord amb Link i Phelan (2005), l'acumulació de factors de risc és l'expressió de les causes essencials relacionades amb la posició socioeconòmica. D'aquesta manera, les conseqüències detectades en el grup han de servir de reflex de les problemàtiques generals més estructurals. Les accions implementades han de dirigir-se als propòsits pels quals han estat concebudes. Qualsevol millora realitzada en el col·lectiu destinatari, ha d'interpretar-se com un pas més endavant, sense prendre en consideració l'anàlisi de l'estat de salut de la població general.
 - Reducció de les desigualtats en tota la població. Aquesta aproximació es basa en l'evidència que associa l'estatus socioeconòmic amb la mort prematura i la morbiditat. La resposta a les conseqüències en salut per virtut de la posició social, l'objectiu últim de les polítiques d'acció ha de consistir en equiparar les oportunitats en salut de totes les parts de l'espectre socioeconòmic.

- Reducció de la bretxa sanitària. El focus d'acció d'aquesta perspectiva s'orienta a disminuir la badadura entre els dos extrems de l'escala social.

- III. L'objectiu de reduir les desigualtats en salut constitueix una part integral de l'estratègia comprensiva general cap al desenvolupament en salut; no una alternativa.
- IV. Les accions han d'englobar els determinants socials de les desigualtats en salut, i no exclusivament els determinants de la salut. Les intervencions de salut pública concretes en disminuir les desigualtats en salut han de contemplar l'actuació intersectorial. En aquest sentit, la funció del sector sanitari és fonamental per orientar i exercir el paper de lideratge sobre els altres sectors per tal d'actuar de forma conjunta en la reducció de les desigualtats en salut.
- V. Existeix la necessitat de monitoritzar i avaluar tots els impactes adversos de les accions implementades. A tal efecte, els estris emprats en el mesurament, han de ser exclusius de les versions absolutes i relatives. És probable que les desigualtats mesurades en sentit absolut augmentin, però que la magnitud en sentit relatiu indiqui la tendència contrària (Borrell et al., 2000).
- VI. Existeix la necessitat de desenvolupar indicadors i instruments de mesura específics que permetin avaluar tant l'extensió de les desigualtats com de les accions implementades.
- VII. Donar veu als grups més vulnerables. La posició socioeconòmica acostuma a reflectir el poder i el grau de control dels diferents grups en relació a les oportunitats de transformació i creixement social. Els administradors i professionals orientats a la intervenció, han d'assegurar-se de dotar dels recursos necessaris als grups més vulnerables per tal de garantir la seva participació en les decisions que afecten la seva salut.
- VIII. Les desigualtats socials en salut s'han d'analitzar de forma separada pels homes i les dones, ja que el nombre de determinants pot variar en funció del sexe. El valor de combinar les anàlisis dels factors socioeconòmics per gènere i edat facilita la interpretació absoluta de les dades, disminuint la probabilitat d'atribucions causals errònies als valors estadísticament significatius. Les dones pobres per exemple, poden ser discriminades tant per ser dones, com pobres, confluència de factors que modifiquen la percepció causal del fenomen d'interès.

- IX. S'han d'analitzar i definir les diferències en salut segons la ètnia o l'àrea geogràfica. Sempre que les condicions i la informació ho permetin, s'ha de relacionar de forma exclusiva les característiques de la mostra analitzada amb les seves peculiaritats socioeconòmiques. La magnitud i les causes ètniques tendeixen a diferir segons la classe social.
- X. Els sistemes de salut s'han de basar en principis d'equitat, proporcionant atenció i servei a tota la població, independentment de la seva capacitat econòmica.

Sistema sanitari

Fins a la dècada dels anys 80, la configuració del sistema sanitari era la peça angular dels estats de benestar. L'accés gratuït als serveis assistencials i la participació activa d'una xarxa de recursos de caràcter públic va accentuar la tendència curativa imposada pel dogmatisme mèdic. Amb la declamació de l'Informe Lalonde, (Lalonde, 1974) la funció del sistema assistencial tradicional queda en entredit. La interpel·lació per part de l'executiu central de les polítiques públiques en salut, sobre la valència explicativa de la magnitud percentual del factor sanitari manifesta les carències d'un model centralitzat en l'activitat restaurativa.

L'obsolescència de les directrius consubstancials al paradigma clàssic en salut, tot i que sovint criticades en la seva conceptualització més pura, contribueix en la configuració de desigualtats en salut a través de l'accessibilitat i la vulnerabilitat d'alguns grups als recursos assistencials. Tot i que per a alguns autors com Adler et al. (1993), el gradient social no queda justificat per l'accés al sistema sanitari, les diferències en quant a exposició i quantitat de recursos són factors que condicionen les oportunitats de mobilitat social dins la matriu estructural. En aquest sentit, Betancourt et al. (2003) identifiquen tres mecanismes principals que suposen una amenaça per la voluntat de participació dels grups minoritaris dels recursos assistencials:

- I. Organitzatives: els sistemes d'atenció en salut i els processos estructurals estan determinats per la cultura organitzativa dels qui formen part. El lideratge del qui la dissenya i la força laboral dels qui la componen defineixen el nucli central de la cultura organitzativa.

- II. Estructurals: fan referència a les dificultats intrínseques a la complexitat del sistema sanitari. Els elevats costos del servei, l'abundància burocràtica i la heterogeneïtat del disseny suposen un repte per als grups amb menys recursos.
- III. Clíiques: apareixen quan es posen de manifest les diferències socioculturals entre el proveïdor i el pacient.

Els processos estructurals diferencials al fenomen d'estratificació social, comporten de manera emblemàtica una sèrie de conseqüències en virtut de comportaments socials i biaixos cognitius que delimiten i reforcen les desigualtats entre grups de classe i posició socioeconòmica dispars. Un dels mecanismes més identificats en la literatura és l'estigma social. Diferents grups minoritaris han sofert i pateixen constantment algun tipus de discriminació per qüestions de raça, orientació sexual, religió o malalties mentals (Manzo, 2004). Malgrat la complexitat del terme i l'ampli ventall d'aproximacions teòriques efectuades, el concepte d'estigma és en essència un fenomen complex i un procés devaluador que degrada i rebaixa a la persona portadora del mateix (Goffman, 1963). Sense perdre de vista el model analitzat, els serveis assistencials poden constituir en sí mateixos, una font i un determinant que reforça i contribueix a dilatar les diferències estructurals per mitjà de l'exercici d'aptituds i conductes discriminatòries.

Un estudi publicat l'any 2011, va revelar que els filipins-americans i el col·lectiu coreà-americanà tenien menys probabilitats que els compatriotes estatunidencs blancs de consultar a un metge d'atenció primària o de rebre alguna prescripció mèdica per a algun tipus de tractament farmacològic tot i presentar més simptomatologia d'angoixa mental (Sorkin et al., 2011). De forma paral·lela, els japonesos-americans reportaven menys probabilitats d'accedir als sistemes de salut mental. L'estudi va assenyalar a les barreres estructurals i la falta d'assegurança mèdica com a possibles causes de les diferències identificades. Limitacions estructurals similars són reportades per a alguns adults llatinoamericans residents als Estats Units quan intenten accedir als sistemes d'atenció primària (Rajabiun et al., 2008).

Un altre determinant que condiciona l'accés als recursos de salut públic és la localització dels mateixos serveis. Als Estats Units per exemple, el 21% dels nord-americans resideix

en àrees no urbanes mentre que tan sols el 10% dels metges practicants exerceixen en zones rurals (Brooks et al., 2003). En una revisió de les barreres que enfronten les persones seropositives residents en àrees agrestes, Pellowsky (2013) identifica que els obstacles principals, com el transport, l'estigma i la confidencialitat, reportats pels habitants són estereotípicament esperats per la condició remota dels pobles petits. Aquest patró repetitiu del discurs enregistrat en l'estudi, deposa les limitacions i els reptes organitzatius propis dels sistemes sanitaris en la comprensió del mapa general dels determinants socials de la salut i les desigualtats suscitées pel condicionament exercit per l'accés i les forces estructurals i intermediàries en el conglomerat sistèmic.

La relació de les desigualtats socioeconòmiques amb el sistema de salut és bidireccional. Per una banda, la posició social ocupada condiona les probabilitats d'utilització dels recursos assistencials. La "violència estructural" inherent a les limitacions organitzatives de l'estructura general del sistema assistencial, limita i exclou l'accés dels usuaris. Per altra banda, el mecanisme de retroalimentació conseqüència de la vulnerabilitat de la qual són objecte alguns grups, emfatitza les desigualtats socials agreujant les condicions socioeconòmiques i l'estat de salut dels qui són privats a exercir el seu dret d'elecció i la seva llibertat.

El mecanisme de segregació social que condiona l'accés als recursos assistencials és transversal a la naturalesa del sistema sanitari (Grintsova et al., 2014). Independentment del caràcter privatiu o públic del mateix, la utilització dels recursos mèdics s'associa al poder socioeconòmic i a l'estatus del grup; els grups d'alt nivell adquisitiu, presenten més visites als serveis de prevenció respecte als grups de classe social més baixa (Klein et al., 2014). Addicionalment, el llinar de l'emprament dels serveis clínics especialitzats està determinat per la categoria social.

En pacients diagnosticats de càncer, el nivell socioeconòmic determina l'accés a la teràpia adjuvant específica i la quimioteràpia (Forrest et al., 2013). Resultats similars s'han identificat en el tractament de malalties coronàries. Pacients amb problemes cardiovasculars d'estatus socioeconòmic alt, presenten més probabilitats d'accés als tractaments quirúrgics que les persones diagnosticades amb menys recursos (Schröder et al., 2016). En un estudi realitzat per Goodridge et al. (2012), els autors posen de relleu la diferència significativa a favor dels grups amb menor nombre de recursos en l'ús dels

serveis assistencials a domicili en els països considerats desenvolupats respecte els col·lectius de classes elevades. La diferència detectada entre les oportunitats d'accés al sistema assistencial conjunt i la pràctica mèdica alternativa posa de relleu les limitacions econòmiques i el valor explicatiu dels ingressos mensuals com a factor addicional que contribueix a la construcció de les desigualtats socioeconòmiques i la circumscripció econòmica en la utilització dels metges d'atenció primària (Hoebel et al., 2017).

Fins ara, hem exposat de forma descriptiva el mapa conceptual que media en les complexes relacions retroactives entre les característiques associades a l'estatus socioeconòmic i l'accés als recursos proveïts pel sistema assistencial sanitari. Les diferències identificades en la utilització dels recursos públics (Lueckmann et al., 2021), necessita de respostes intersectorials igualment acurades a la realitat social a la qual van adreçades. Entre la llista d'accions que es poden emprendre a nivell governamental per reduir les desigualtats en salut, trobem la concessió de prestacions econòmiques que garanteixin una qualitat de vida mínima, delimitar mesures que afavoreixin la integració sociolaboral dels grups minoritaris, facilitar l'accés als recursos bàsics per mitjà de l'apoderament individual i grupal o intervenir directa o indirectament sobre d'altres determinants que comprometen l'estat de salut de la població. A nivell local, al Principat d'Andorra la participació social en el sistema sanitari és possible a través de la participació per sufragi universal de les eleccions al Consell administratiu de la Caixa Andorrana Seguretat Social (CASS) i en l'elecció del delegat de personal del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària⁵ (SAAS).

A la recerca de pautes generals que garanteixin la intervenció efectiva del sistema assistencial, Whitehead i Dahlgren (2006, p.22) proposen que els sistemes sanitaris s'han de construir fonamentant les accions en principis d'igualtat. Aquestes són:

- I. Els serveis de salut pública no han d'estar impulsats per l'obtenció de beneficis, i els pacients mai han de ser explotats amb ànims de lucre.
- II. Els serveis públics s'han de proveir en funció de les necessitats, no pel potencial econòmic. Això requereix d'un sistema de finançament que englobi els riscos de

⁵ La llei 6/2014 aprovada el 24 d'abril del mateix any, estableix un model de serveis socials i sociosanitaris que garanteixen l'accés als recursos assistencials públics basats en la corresponsabilitat dels poders públics, i els beneficiaris que hauran de col·laborar en funció de les seves possibilitats (p.2225).

tota la població, de tal manera que les persones més vulnerables puguin rebre subvencions mercès a la contribució dels grups més benestants.

- III. S'ha d'oferir el mateix servei d'atenció a tothom, sense discriminacions per perfil social, ètnia, gènere o edat.
- IV. Els valors subjacents i els objectius d'equitat d'un sistema de salut s'han d'identificar explícitament i s'ha de fer un seguiment per garantir els objectius establerts de la manera més eficient possible.

De forma complementària als postulats ètics subjacents assenyalats recentment, Benzeval et al. (1995) defineixen tres compromisos essencials que tot sistema de salut hauria de subscriure per afrontar la lluita contra les desigualtats:

- I. Assegurar la distribució de recursos.
- II. Respondre de forma adequada a les diferents necessitats de salut dels diferents grups socials.
- III. Exercir el lideratge dels processos de desenvolupament de polítiques de salut a tots els nivells: nacional, regional i local, basats en la promoció de la igualtat i la justícia social.

A mode de resum, en la Figura 3 s'il·lustra el model teòric desenvolupat anteriorment. Fent una fotografia de les relacions d'esquerra a dreta, hom pot identificar de quina manera el context social, econòmic i polític determinen la configuració de la classe social i la posició socioeconòmica dels individus que cohabiten en un marc comú. Les influències de poder exercides per les valoracions socials, originen el fenomen d'estratificació social, un mecanisme d'organització que condiciona la llibertat d'elecció i les oportunitats d'accés als recursos presents en la societat. Paradoxalment, els mateixos serveis i circumstàncies materials com l'educació, la qualitat del lloc de treball entre d'altres, conjuntament amb els factors i les peculiaritats biològiques i psicològiques individuals estableixen els mecanismes oportuns que originen les desigualtats socials. Tots els factors mencionats, influeixen i condicionen l'estat de salut per mitjà dels determinants intermedis, els quals modulen el grau i les diferències d'exposició dels diferents grups als factors de risc. En funció de l'exposició, aquesta es tradueix en major o menor vulnerabilitat, un element ineluctable en la concepció comprensiva de les diferències en salut amb independència de les variables superiors.

1.11. La Promoció de la Salut centrada en els entorns

Introducció

En els dos capítols anteriors ens hem referit en nombroses ocasions a les repercussions que van desencadenar en el plantejament de la nova salut pública les noves directrius recollides en la Carta d'Ottawa. L'ampliació del focus d'atenció sobre les interconnexions produïdes en els espais urbans, va ser una primera proposició que va permetre introduir tota una nova cosmovisió de disseny i intervenció en promoció de la salut, desplaçant la mirada des de la conducta individual fins a la identificació dels factors del context que influencien l'estat de salut i de benestar de les persones.

Aquesta nova concepció paradigmàtica desenvolupada sota l'etiqueta de determinants socials de la salut, ha permès a diferents col·lectius professionals de àmbits ben diversos aproximar-se a l'estudi dels problemes de salut des d'una posició holística, dinàmica i democràtica amb la complexitat que defineixen les interaccions entre els agents que cohabiten un espai físic, temporal i cultural comú.

Tot aquest nou plantejament conceptual, exposat en la primera part d'aquest treball, ens ha de permetre introduir algunes de les contribucions teòriques que conformen el transfons epistemològic de l'objecte central d'estudi, el moviment d'Universitats Promotores de la Salut. De fet, un dels objectius principals de l'estudi consisteix precisament en caracteritzar en el pla teòric, el constructe d'UPS. Per aquest motiu, i de manera seqüencial amb les reflexions compartides en els epígrafs anteriors, en aquest capítol intentarem profunditzar en la naturalesa teòrica i racional d'un conjunt determinat de teories i propostes que, malgrat no s'han evidenciat de manera explícita, han format part del discurs predominant des dels orígens de la proposta als anys 90 del segle passat per provar de traçar un argument sòlid i particular continuant amb l'aplicació de les directrius axiomàtiques de l'estratègia de treball promulgada per l'OMS.

En consonància amb les nostres aspiracions més generals, procurarem delinear un enfocament expositiu dels arguments i dels diferents plantejaments conceptuals utilitzats fins al present d'una manera inclusiva i constructiva. El punt de partida des del qual introduïrem els diferents models i teories serà la presentació dels principis generals de l'aproximació dels entorns saludables (*The Settings-based Approach*), els quals ens

serviran com a justificació per a l'exercici constructiu posterior. Evidentment, centrarem els nostres esforços en la presentació d'aquelles teories i aportacions particulars que s'han utilitzat com arguments instrumentals per analitzar la proposta inicial de les UPS, no obstant, la preeminència i preferència per un postulat particular no obeeix a cap criteri subjectiu, ans un intent pedagògic de cobrir i tractar amb el màxim grau d'especificitat possible l'objecte d'estudi.

L'estratègia de la promoció de la salut centrada en l'entorn

L'establiment d'un marc conceptual centrat en les dinàmiques relacionals i les característiques dels entorns té les seves bases conceptuals en l'anàlisi socioecològic de la promoció de la salut, i més concretament en les ciències mèdiques. En biologia, el terme "ecologia" s'ha utilitzat per referenciar les interrelacions que mantenen els organismes vius amb els seus entorns concrets (Hawley, 1950). Des de la premissa de conjunt, el paradigma ecològic ha evolucionat en múltiples formes sota del paraigua de cada disciplina. En l'àmbit de l'ecologia social (Stokols, 1992), el focus d'atenció s'ha desplaçat cap a la transacció dels individus amb els contextos socials, culturals i institucionals (Catalano, 1979). Com a resposta reaccionària a la consuetud en promoció de la salut de reduir els esforços a l'anàlisi de la conducta individual (O'Donnell i Ainsworth, 1972), la idea d'interrelació com a nucli holístic pren forma sota la perspectiva ecològica, la qual assumeix la complexitat de les intervencions en promoció de la salut com un conjunt d'estratègies heterogènies multinivell sustentades en la coordinació i la participació activa dels agents implicats en tots els diferents estrats que conformen un context determinat (Green i Kreuter 1990).

Atenent a les característiques que subjuguen els preceptes de la perspectiva ecològica, no és banal assumir la necessitat de traduir els resultats en salut en termes com "benestar" o "estils de vida", centralitzant les estratègies instrumentals a l'anàlisi de la interacció entre els recursos disponibles en una àrea determinada i els productes en salut (Lindheim i Syme, 1983). En aquest sentit, el focus de les estratègies d'intervenció per part dels agents externs, ha de ser igualment conceptualitzat des de la lògica de la multiplicitat, i suplir així, la falta d'una base conceptual pròpia de la promoció de la salut (Barić, 1993).

Posicionant el mòbil del debat en el centre de la retòrica salubrista, l'aproximació dels entorns saludables té els seus orígens en el moviment institucional de Salut per a Tots (van Herten i van de Water, 1999) iniciat a la dècada dels anys 80 amb l'objectiu de transformar des de dins, la tendència estretament clínica que imperava en les estructures administratives de les agències vinculades amb la promoció i divulgació d'activitats per millorar l'estat de salut de les poblacions.

En aquest context de transformació de les formes d'organització i actuació en temes de salut vers una nova conceptualització més ecològica, la presentació de la Carta d'Ottawa (OMS, 1986) va exercir un rol com a catalitzador per la disseminació de les noves directrius en promoció de la salut i legitimades mitjançant la celebració de les conferències posteriors en aquesta àrea de treball. La Declaració de Sundsvall (OMS, 1991) per exemple, assenyala la necessitat d'urgència de focalitzar l'anàlisi dels problemes de salut en les característiques del context en la seva configuració més àmplia, mentre que la Declaració de Jakarta (OMS, 1997) exhorta als governs a invertir en accions de promoció de la salut atenent als nous reptes globals després de la globalització com una estratègia necessària per garantir el dret a la salut i fecundar el desenvolupament social i econòmic d'una manera sostenible.

De manera particular, la perspectiva dels entorns saludables en promoció de la salut representa un intent organitzat de transcendir les propostes mecanicistes caracteritzades per la implementació d'accions interventores individuals en un context, centrant especial èmfasi en la modificació dels estils de vida, per articular un nou esquelet de pensament més democràtic amb la comprensió de les característiques que defineixen un espai particular. Com recullen Scriven i Hodgins (2012), la salut no està únicament influenciada per l'adopció de conductes individuals nocives per a la mateixa, sinó que és el producte d'una interacció de circumstàncies socials, econòmiques, ambientals, organitzatives, polítiques i culturals. En aquest sentit, els entorns deixen de ser interpretats com un recinte estàtic en els quals actuar, i adquireixen una dimensió superior com a sistemes socials amb caràcter propi.

D'acord amb la definició atorgada per l'OMS (1998), els entorns saludables per a la salut "ofereixen a les persones protecció davant les amenaces per a la salut, proporcionant-les-hi ampliar les seves capacitats i desenvolupar autonomia respecte a la seva pròpia salut" (p.19). Des d'aquest nou plantejament, les línies estratègiques d'acció es dirigeixen al

canvi social i polític, però també als factors disruptius del context proximal a la conducta individual. Amb tot, el propòsit últim d'aquest plantejament socioecològic és la creació d'entorns facilitadors que fomentin el manteniment i la millora de les condicions de l'estat de salut i de benestar de les persones que en ell hi desenvolupen les seves activitats diàries, atenent a la conjuntura de factors que en el mateix interaccionen.

Bé que Dooris (2006a) dona compte de la poca repercussió a efectes pràctics que ha tingut la utilització anàloga dels termes "*settings for health*", "*the settings approach*", "*the settings-based-approach*" en el context acadèmic i professional, l'excés de pràctica retòrica sobre els principis generals del moviment acompanyat d'escassa aportació d'evidència empírica sobre l'eficàcia del mateix ha estat objecte d'interpel·lació en els cercles contigus a la promoció de la salut. Sustentat en treballs per reconstituir les bases de l'experiència del moviment d'Hospitals Promotors de la Salut, Leo Barić (1993, 1994) recopila les dificultats encontrades per acompanyar la reforma del plantejament dels entorns saludables conjuntament amb un canvi en l'èmfasi del model mèdic cap a un nou marc organitzacional. De manera similar, Grossman i Scala (1993) han defensat la capacitat del nou plantejament en promoció de la salut com a vehicle conductor per introduir canvis en els sistemes organitzatius, advocant per la gestió de projectes com una competència clau per facilitar la suplantació de les dinàmiques internes del conjunt en una direcció que promogui la creació d'espais favorables per a la condició saludable.

Des d'una posició geogràfica externa a les propostes desenvolupades per diversos autors en el context europeu, Eberhard Wenzel (1997) reacciona en particular a la proposta de Barić posant en entre dit la integritat de la base conceptual dels preceptes teòrics formulats. Concretament, Wenzel fa ressò de les discrepàncies articulades entre el desenvolupament de les noves corrents teòriques favorables a l'adopció dels principis del model dels entorns saludables, en contraposició a la perpetuació dominant del paradigma mecanicista en els dissenys de camp. És a dir, planteja que malgrat existir una voluntat institucional d'establir un nou paradigma en la comprensió dels problemes en salut pública, l'ambigüitat dels principis conceptuais dificulta l'aplicació de l'argumentari literari en formes pràctiques d'actuació coincidents amb la nova doctrina ecològica.

Concordant amb les crítiques esgrimides per Wenzel a la definició conceptual dels entorns saludables, un altre salubrista estatunidenc, Lawrence Green (2000) reacciona en

contra de la idiosincràsia passiva atribuïda als contextos on es desenvolupen les intervencions per part d'alguns teòrics europeus, fins i tot qüestiona la definició formulada per l'OMS en el glossari de termes (OMS, 1998) i suggereix repensar la conceptualització dels espais més enllà dels límits geogràfics i espacials subratllant l'existència d'estructures, polítiques, característiques, valors institucionals i codis formals de regulació de la conducta que exerceixen un control sobre les decisions i els comportaments individuals, que són consubstancials a la raó de ser del propi context.

Com podem veure, el punt de vista de Green és totalment compatible amb les idees de Wenzel, ja que tant la definició del constructe “entorn” del primer, com la interpel·lació sobre la viabilitat pràctica del segon tenen com a finalitat, en aquest marc preliminar de mutació paradigmàtica, proporcionar un conjunt de garanties científiques que atorguin continuïtat a la visió estratègica dels entorns prèviament enunciada d'una manera introductòria en la Carta d'Ottawa (OMS, 1986) sota una de les cinc àrees d'acció prioritàries per fomentar la promoció de la salut global.

1.12. Models i teories

Model ecològic

La noció que la conducta dels individus no és el resultat aïllat d'un procés cognitiu de presa de decisions, sinó que pot està influenciada per la interacció del subjecte amb les característiques de l'entorn és una de les premisses que sosté l'aproximació socioecològica en l'anàlisi dels fenòmens que sorgeixen a tots els nivells de la societat. Concretament, el model ecològic sorgeix en l'àmbit de la psicologia ambiental i es fonamenta en la noció d'intersubjectivitat i connexió entre les diferents parts que copen els diferents sistemes d'anàlisi (Bronfenbrenner, 1979). És a dir, el sistema orgànic com a estructura d'ordre inferior no conviu aïllada de les influències i les dinàmiques externes, sinó que la seva configuració es troba en constant adaptació i definició mitjançant les interaccions que manté amb els sistemes que l'envolten. Dit d'una altra manera, per entendre la naturalesa d'un sistema, resulta necessari atendre prèviament a les diferents forces que en ell hi interactuen.

Malgrat la dominància que el concepte ecològic presenta en el discurs científic actual en salut pública, la utilització dels principis d'aquesta concepció en l'anàlisi de la conceptualització dels problemes col·lectius no és exclusiu de la promoció de la salut. Per exemple, en els àmbits de l'epidemiologia ocupacional (Wegman, 1992), la psicologia ambiental (Nasar i Fisher, 1983) o les ciències ambientals (Archea, 1985), a títol il·lustratiu per donar compta del bagatge històric dels principis socioecològics, diversos treballs han intentat conceptualitzar les dinàmiques sinèrgiques entre les característiques d'un entorn particular i el rol de les persones en el control i la transmissió de malalties.

Tot i que des de l'àmbit disciplinar que representa la salut pública existeix una extensa producció teòrica sobre el tema de la conceptualització ecològica dels espais físics, rara vegada els acords empresos des de les institucions governamentals han centrat la seva atenció sobre els aspectes ambientals i la confluència de factors físics i culturals que es troben en la gènesi dels problemes de salut, i en especial des de l'òptica del moviment d'Universitats Promotores de la Salut (Suárez-Reyes i Van den Broucke, 2016). En àmbits afins als interessos de la psicologia ambiental, destaquen els treballs de Proshansky et al. (1983) sobre la identitat de lloc (*place identity*, en anglès), els quals identifiquen la mateixa com una dimensió social del self que defineix la identitat en relació amb un espai físic; la formulació de Lally (1992) sobre la significança de determinades àrees geogràfiques en la configuració del constructe identitat urbana (*urban identity*) o la importància de la relació simbòlica amb l'espai i la construcció d'identitats socials (Stockols i Schumaker, 1981).

Sense perdre de vista les diferents contribucions que la psicologia ambiental i d'altres disciplines interessades en la comprensió de significats, conductuals o simbòlics, han realitzat a l'estudi de la convergència factorial dels diferents elements de l'entorn, algunes de les quals han estat exposades en aquest apartat, tot seguit, prendrem com a marc global de referència el model ideat per Bronfenbrenner (1979) i les contribucions efectuades per Stokols (1990, 1996) per introduir algunes de les característiques teòriques que donen forma al que avui en dia entenem per aproximació socioecològica en salut.

En primer lloc, i a diferència dels models biomèdics mecanicistes preocupats per l'estudi individual de les parts que conformen l'organisme (Underwood et al., 1986), la teoria socioecològica es centra en el tot; assumeix que en un espai físic concret conflueixen un

conjunt de factors i que és la interacció entre sistemes, inclòs els aspectes del context social, la que de manera conjunta condiciona l'estat de salut de l'individu. Les assumpcions centrals d'aquest plantejament integral, contemplen en l'equació explicativa dels problemes de salut de la població els factors físics, emocionals i socials, així com els productes de les interaccions entre facetes i les atribucions personals que els individus generen de les mateixes (Stokols, 1992).

En segon lloc, la salut com a constructe d'estudi és interpretada com un producte compost fruit de la interdependència entre els factors individuals i, els sistemes i subsistemes (utilitzant la terminologia de Bronfenbrenner, 1979), els quals inclouen al seu torn diferents ecosistemes com poden ser la família, les relacions socials amb la comunitat, o els aspectes culturals i els espais físics (McLeroy et al., 1988). Moltes d'aquestes han estat explicades amb major grau de detall sota la nomenclatura de Determinants Socials de la Salut.

Finalment, i de manera inclusiva amb les reflexions enunciades per Stokols (1992), la perspectiva socioecològica reconeix la complexitat de la vida humana. De manera exemplificadora de la heterogeneïtat de factors que conflueixen en un espai concret, i conseqüentment, de les dificultats tangencials d'anàlisi, l'autor planteja que una intervenció ben dissenyada sobre un aspecte de l'entorn físic en particular pot resultar beneficiosa per la salut, però si no es tenen en compte subdimensions d'altres factors com la qualitat de les relacions interpersonals, i no únicament les mateixes, els beneficis hipotetitzats de la intervenció es probable que no s'acabin materialitzant. En aquest context d'abundància de forces i intercanvi de relacions en el que totes les parts estan condicionades per tercers elements, directa o indirectament, l'anàlisi de les relacions de poder entre el conjunt d'estàncies que conformen un tot resulta meritori per articular intervencions particularitzades que incloguin el desenvolupament de l'organització, l'apoderament i promoguin el procés participatiu (Bronfenbrenner, 1977).

En el llenguatge d'aquesta aproximació teòrica, el concepte de l'entorn o context, fa referència a tots els factors físics i socials, així com els significats i les percepcions que aquests mateixos generen en les persones. Per Stokols (1990), tradicionalment l'anàlisi de l'entorn s'ha analitzat predominantment des de tres perspectives destacables. Per una banda l'autor destaca la perspectiva minimalista, segons la qual el context físic representa

una funció insignificant en la facilitació d'objectius i aspiracions dels seus usuaris. En segon lloc, es presenta la perspectiva instrumental, segons la qual els escenaris son caracteritzats com a “eines” que els individus utilitzen per facilitar l'efectivitat productiva i organitzacional d'aquests, com a mitjans físics per aconseguir els objectius conductuals i econòmics. Des d'aquest posicionament, la qualitat de l'entorn físic és avaluat en funció del grau de facilitació que possibilita el desenvolupament dels reptes conductuals i econòmics, però també pren en consideració altres factors com el confort, la seguretat i el benestar que un determinat espai produeixen en l'individu.

Finalment, de manera contraposada als principis definits per la perspectiva instrumental, Stokols⁶ planteja la perspectiva espiritual d'anàlisi en la dimensió ecològica de la conducta i l'entorn. Les característiques principals de contrast entre les tres perspectives estan suscitantment recollides en la Taula 2 de la pàgina 98.

Bàsicament, dins de l'aproximació espiritual, es planteja conceptualment l'entorn com a finalitat en sí mateix més que com a “eina” per assolir uns objectius determinats. En aquest punt, el context físic pren protagonisme actiu i es posiciona en el centre del relat científic com a objecte d'estudi propi i no tan sols com a escenari en el qual analitzar les interaccions. En aquest sentit, si bé les aportacions mencionades per Stokols en el marc ecològic d'estudi del disseny i la planificació urbanística no han estat considerades directament en la conceptualització de la perspectiva ecològica en promoció de la salut, les directrius cognitives són perfectament representables i coincidents amb algunes de les propietats de la proposta conceptual elaborada per Whitelaw et al. (2001) com a resposta a la debilitat conceptual dels models originals desenvolupats des de la perspectiva dels entorns saludables.

D'una manera inclusiva i mantenint un posicionament crític amb la retòrica de la pràctica salubrista, la contribució de Whitelaw et al. (2001) s'alça com un plantejament revolucionari en el que els autors posen de manifest la naturalesa heterogènia dels diferents entorns, i per tant, assenyalen les deficiències associades a la impossibilitat de pretendre desenvolupar un concepció unitària de practicar una sola forma universal de

⁶ Adoptant una perspectiva revisionista de retrospecció històrica interdisciplinària en el temps, la reflexió que comparteix Stokols (1990) des de la psicologia ambiental sobre l'agència individu-entorn, no és del tot discordant amb algunes propostes crítiques cultivades per altres autors interessats en el disseny urbà (Lefebvre, 1970) o la dicotomia entre dissenyador i usuari que planteja Rapoport (1974).

promoció de la salut des d'aquesta estratègia dels entorns saludables. Els autors elaboren una tipologia de cinc models específics en els que expliciten diferents marcs d'acció disponibles, i reconeixen que cada context particular presenta uns elements idiosincràtics amb diferents graus d'oportunitat i restricció pràctica. Les característiques distintives de cada una de les propostes es presenten a continuació:

- Model passiu, en el qual el problema i la solució recauen principalment sobre la conducta i les accions individuals.
- Model actiu, el qual identifica el problema a l'interior de la conducta individual, i la solució es pot identificar en el propi individu o en el context.
- Model vehicle, en el que es considera que el problema radica principalment en el sistema, i que la solució depèn de la capacitat d'aprenentatge de l'individu i de les accions i dels projectes temàtics proposats.
- Model orgànic, en el que s'inscriu el problema en el context, i les solucions depenen de l'agència col·laboradora de diferents accions individuals.
- Model comprensiu, segons el qual el context en la seva totalitat esdevé l'objecte d'estudi més allà de la suma dels individus que el conformen, i tant la solució com el problema es defineixen com qüestions estructurals del conjunt del sistema.

Des d'aquesta perspectiva, el model integra la influència dels aspectes físics, psicològics i biològics, així com els factors socials i culturals més amplis però també els elements ètnics i polítics dins del marc d'interpretació dels sistemes d'influència que tenen una càrrega explicativa en la construcció de les conductes manifestades. Per analitzar correctament la implementació d'aquesta perspectiva en l'anàlisi del context universitari, el constructe universitat s'ha de configurar com un sistema integral format per diferents sub-estructures interconnectades que conflueixen en un espai social i cultural amb unes particularitats concretes. D'aquesta manera, l'estratègia de la promoció de la salut assumeix una visió de la mateixa dinàmica, no lineal i en constant transformació com a conseqüència de les transaccions recíproques que manté la persona amb els elements del context. L'adopció d'aquest model implica en segon lloc, assumir que les interaccions

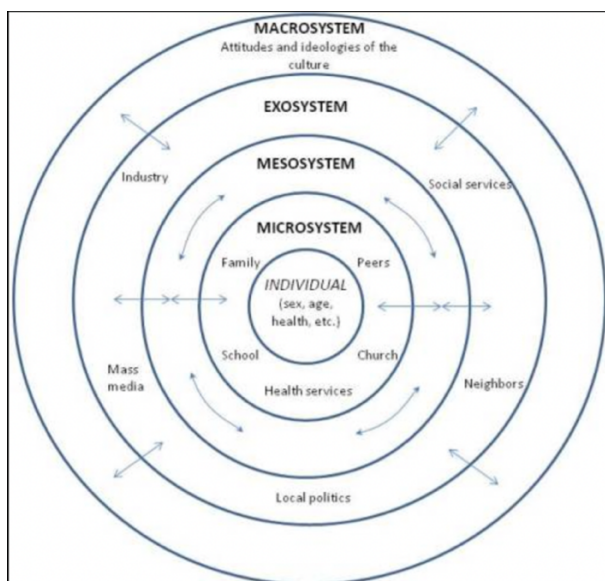
que l'individu estableix amb l'entorn determinen en gran mesura la seva manifestació conductual, i en conseqüència, els resultats de la interacció.

Tot considerant els principis de nuclears del model ecològic mencionats en aquest apartat, la proposta original de Urie Bronfenbrenner (1979), estructura l'entorn en una sèrie de quatre sistemes universals que envolten el nucli primari que representa l'ésser humà. Els sistemes representats en la Figura 4 són:

- **Microsistema:** constitueix el nivell immediat en el que es troben les persones. En el cas de la universitat com a entorn promotor de la salut, les característiques estructurals de la universitat formarien part d'aquesta primer nivell.
- **Mesosistema:** fa referència a la interrelació entre diversos sistemes en els que la persona participa de manera activa.
- **Exosistema:** fa referència a les diferents estructures socials que no sostenen directament a l'individu, però que influeixen de manera directa o indirecta la seva conducta. En aquesta esfera s'inclouen els sistemes econòmic, polítics etc.
- **Macrosistema:** en la part més externa del model, el macrosistema engloba al conjunt de condicions socials, culturals, estructurals que són idiosincràtiques de cada context i que determinen la naturalesa de les manifestacions concretes pròpies dels sistemes anteriors.

Figura 4

Sistemes del model ecològic



Nota. Model ecològic de Bronfenbrenner (1979), extret del treball de Torrico et al. (2002, p.47)

En l'àmbit de la promoció de la salut com a disciplina autònoma, els models ecològics s'han utilitzat principalment en el context de les intervencions en salut per comprendre i identificar les característiques problemàtiques de les poblacions diana (McLeroy et al., 1988; Sallis et al., 2008). La utilització d'aquest tipus de plantejament en l'anàlisi de les oportunitats estratègiques de definir el context universitari com un agent actiu promotor de la salut compta, a dia d'avui, amb poca o nul·la evidència pràctica⁷.

Taula 2

Diferències de les perspectives “instrumental” i “espiritual” de les relacions individu-entorn

Instrumental	Espiritual
L'entorn és vist com una “eina”.	L'entorn és vist com una finalitat, un espai en el que es poden cultivar els valors humans.
Èmfasi en els elements materials de l'entorn.	Èmfasi en els elements simbòlics i afectius de l'entorn.
Qualitat ambiental definida segons criteris conductuals, de confort i salut.	Qualitat ambiental definida en termes de la riquesa dels seus significats psicològics i socioculturals.
Èmfasi en el desenvolupament de dissenys estàndards ambientals d'acord amb els requeriments d'activitats de les categories generals.	Èmfasi en la personalització del disseny d'acord amb les necessitats úniques dels individus.
Èmfasi en la diferenciació i separació de les funcions clau associades amb els dominis de la vida pública i privada.	Èmfasi en la integració dels dominis públic i privat i en l'increment de la naturalesa multifuncional dels escenaris físics.
Recerca vista com el descobriment i l'aplicació de coneixement generalitzable; les activitats de recerca assumeixen un rol neutral i separat de les dinàmiques socials observades.	Recerca vista com un procés de comunicació que pot argumentar la conscienciació, participació i cohesió dels usuaris de l'entorn.

Nota. Les característiques representades a la taula contenen exemples de les perspectives “instrumental” i “espiritual” extretes del treball de Daniel Stokols (1990, p.643)

⁷ L'ús dels termes “poca” i “nul·la” enunciat en el text fan referència exclusivament a l'evidència explorada d'estudis concebuts des del paradigma d'universitats promotores de la salut o universitats saludables. L'aproximació ecològica en salut és una estratègia que engloba conceptes i formulacions teòriques dispars, com són l'apoderament, les habilitats individuals entre d'altres. El lector pot consultar més informació al respecte en el treball de Sallis et al. (2008).

Al nostre entendre, les limitacions perceptibles associades a la poca evidència disponible sobre els beneficis d'emprendre el model ecològic com el prisma conceptual des del qual intervenir en les diferents estructures del context universitari, que és l'objecte central d'anàlisi, radiquen fonamentalment sobre tres explicacions hipotètiques. En primer lloc, com ja hem anat assenyalant en el discurs sobre els orígens del moviment d'UPS, existeixen certes contrarietats i discrepàncies en l'adaptació i el tractament operatiu de l'estratègia salubrista de promoció de la salut centrada en els entorns a les particularitats de cada context. Com assenyalen Orme i Dooris (2010, p.428), l'adopció d'una aproximació holística de l'entorn universitari "s'allunya d'un abordatge mecanicista i reduccionista centrat en problemes de salut concrets, factors de risc i causalitat lineals". En aquest sentit, qualsevol activitat de promoció de la salut concebuda des de la perspectiva mèdica tradicional pot incórrer en l'error de ser una reluctància del pensament assistencial original adaptat a la pràctica d'un context específic. En aquest punt, i a tall il·lustratiu de la convergència que dona forma al constructe Universitat Promotores de la Salut, és encertat albirar la discussió entorn de la reflexió efectuada per Wenzel (1997) sobre la tendència a confondre "la promoció de la salut en el context" respecte "el context promotor de la salut".

En segon lloc, apareix la interpretació relacionada amb la qüestió idiomàtica que engloba el binomi "saludable" i "promotor de la salut". Allunyats de la indagació de respostes pròpies de la pràctica de la lingüística, Martínez-Riera et al. (2018) assenyalen l'ús indistint que es fa dels termes *universitats saludables* i *universitats promotores de la salut*. Per a aquests mateixos autors les diferències entre l'ús d'un substantiu o d'un altre es pot resoldre en termes operatius. Mentre que el concepte "universitats saludables" profereix a un estat utòpic, el concepte "d'universitats promotores de la salut" refereix a la voluntat de les institucions per desenvolupar accions concretes en promoció de la salut que permetin generar un estat objectiu de salut i de benestar. D'alguna manera, l'estat últim al qual refereix el terme "saludable" és el component estàtic d'un procés transversal que engloba teories, formes concretes d'acció, valors, etcètera, el qual s'ha designat formalment com "Universitats Promotores de la Salut".

Un exemple del caràcter passiu o receptor identificat en la ideació del concepte universitat saludable es pot percebre en la definició que proporciona Becerra-Heraud (2013, p. 291), per a qui la universitat saludable "és la que proveeix un entorn saludable, afavorint

l'aprenentatge a través de les seves àrees i edificacions... aquella que incorpora eixos temàtics de promoció de la salut en les malles curriculars de tots els cursos”.

Finalment, i de manera anàloga amb l'observació primera que confronta les dissonàncies intrínseques al valor actiu de la universitat, la materialització d'accions positives per a la salut enunciades sota l'etiqueta “d'universitats saludables”, sovint s'ha vist emmascarat per una aproximació individualista en la traducció dels principis teòrics en accions programàtiques. De la mateixa manera que el model ecològic en salut profereix la consideració de diferents sinèrgies distribuïdes en sistemes interconnectats per entendre i actuar sobre la conducta dels individus, la configuració de la universitat com a estructura unitària en sí mateixa requereix igualment d'intervencions complexes. En un estudi efectuat per Suárez-Reyes et al. (2021) per analitzar la implementació d'estratègies d'UPS en institucions educatives superiors de contextos culturals dispars, els autors ratifiquen la importància de les condicions d'ordre superior per assegurar la correcta implementació del marc operatiu d'Universitats Promotores de la Salut.

Malgrat l'escassa evidència disponible d'intervencions efectuades des de l'aproximació ecològica i les dificultats pràctiques enunciades de traduir els principis generals en intervencions estructurades, la utilització empírica d'aquesta cosmovisió cognitiva en el context de les Universitats Promotores de la Salut representa un intent reflexiu de compartir un marc d'anàlisi unitari respectant les particularitats culturals i les necessitats de cada realitat concreta, elements que han estat teoritzats com condicions *sine qua non* per tal de garantir l'èxit de les iniciatives de promoció de la salut (Doherty i Dooris, 2006).

System Thinking o Pensament sistèmic

La paràbola de l'home sec i la metàfora de l'elefant, representen una al·legoria utilitzada per Meadows (2008) per anunciar de forma pedagògica la lògica del pensament sistèmic. En el relat recuperat per l'autora, els habitants d'una ciutat inventada pateixen de ceguera. Un dia, un rei provinent d'una terra llunyana visità la modesta ciutat generant una gran expectativa per veure l'elefant que el transportava. Recordem que cap dels habitants podia utilitzar l'òrgan de la vista per percebre la bellesa d'aquell mamífer exòtic. Cada un dels homes, amb les mans tremoloses, va palpar una part de l'animal. El que va tocar l'orella exclamà “és una cosa llarga, bruta, com una catifa!”. Per la seva part, l'home que palpà

amb les seves extremitats la trompa de l'elefant comentà: “Tinc la impressió que és com un tub recte i buit, horrible i destructiu” mentre que el company que li tocà els peus afirmà “és ferm i poderós, com un pilar”.

Cadascun dels membres que tocaren una part de l'animal generaren una impressió particular de l'elefant, tan real com particular.

Més enllà de les lliçons morals que pretén transmetre, aquesta antiga història sofista ens permet introduir un altre conceptualització teòrica associada a les bases del moviment d'Universitats Promotores de la Salut. El principi bàsic defensat per la teoria de sistemes o el pensament sistèmic com també és anomenat, és la incorporació de les propietats i les relacions entre les diferents parts d'un sistema en l'anàlisi del comportament global del fenomen. És una recuperació del principi aristotèlic que defensa la totalitat davant la suma de les parts.

L'origen de l'anàlisi de la teoria de sistemes s'atribueix tradicionalment a Von Bertalanffy (1950a), amb l'obra “*An outline of general System theory*”. En ella, l'autor reflexiona i demostra de forma matemàtica les característiques dels organismes vius i la seva relació amb les diferents condicions ambientals. Alhora, l'exposició dels principis biològics i les lleis de les ciències exactes conflueixen en el problema filosòfic de repensar la naturalesa dels individus i la seva posició en l'entramat de forces que conflueixen en allò que anomenem món.

L'exercici racional que planteja des del punt de vista de la física no és arbitrari a la consideració personal. L'autor es serveix de les lleis de la termodinàmica i la cibernètica per il·luminar la necessitat detectada de generar una aproximació unitària a la formulació dels problemes concrets en la ciència i la generació de nou coneixement. Per explicar el nou paradigma interpretatiu, Von Bertalanffy (1950a) es serveix de la diferenciació entre sistemes oberts i sistemes tancats. Un sistema tancat és caracteritzat per la simplicitat de la seva naturalesa. El seu comportament és el producte de les dinàmiques que regulen la interacció entre els diferents components que conviuen en homeòstasi. Per contra, un sistema obert es defineix per les transaccions que genera l'organisme amb un entorn més ampli. A diferència dels sistemes tancats que estan regulats per les pròpies dinàmiques i no requereixen d'energia per la seva preservació, l'estabilitat dels sistemes oberts està subjecta al flux continu d'informació entre els diferents components que el defineixen

(Von Bertalanffy, 1950b). De forma més específica, French i Bell (1999) identifiquen en els sistemes oberts les següents característiques:

- Són mecanismes “*input-throughput-output*”. Prenen els inputs o les entrades, en modifiquen alguna de les seves propietats, i el retornen a l’entorn en forma de producte o output.
- Els sistemes oberts presenten límits permeables, els quals separen el context de l’organització.
- Tenen objectius propis, els quals poden ser compatibles amb les necessitats i les demandes de l’entorn, o no.
- Els sistemes oberts, iguals que els tancats, estan orientats per la cerca de l’equilibri i la minimització de les forces disruptives que amenacen l’ordre preestablert.
- Tenen una predisposició a la diferenciació en el transcurs del temps.

Malgrat les nombroses demostracions desenvolupades en el marc interpretatiu de les ciències exactes i naturals, els escrits fundacionals de la teoria de sistemes han estat catalogats de densos i abstractes (Lissack, 1999). Tanmateix, la multiplicitat de definicions i d’aproximacions desenvolupades sota el mateix paradigma d’anàlisi dificulten la seva aplicació en problemes complexos concrets (Walton, 2016).

Després de la succinta introducció justificada en l’origen de la teoria de sistemes, és convenient traduir i matisar alguns aspectes que envolten l’heterogeneïtat i la seva aplicació en la pràctica de la promoció i la intervenció en l’àmbit de la salut. Malgrat la falta de consens entre els investigadors respecte a una definició unitària del concepte “sistema complex”, les diferents aportacions revisades per Gallagher i Appenzaller (1999) refereixen a una col·lecció d’elements interconnectats en els que la conducta i les característiques del sistema en el seu conjunt, no es desprenen de les propietats individuals o de la suma de les característiques del sistema, sinó de les dinàmiques que es generen com a producte de les diferents transaccions donades unes condicions determinades. A major nombre d’interaccions entre les diferents parts identificades, major complexitat adquireix el sistema (Checkland, 1999).

Un segon element clau en la construcció d’una perspectiva integral a l’aproximació dels sistemes és la definició del propi vocable. De forma resumida, un sistema és un conjunt

de parts que interaccionen entre elles i funcionen com un tot (Ackoff i Robin, 2003). De manera similar, Hall i Fargen (1956, p.18) defineixen un sistema com “un conjunt d’objectes amb relacions entre els objectes i els seus atributs”. En aquest sentit, qualsevol organització que involucri en la seva configuració la unió de dues o més parts podria adquirir l’etiqueta de sistema. A fi i efecte de clarificar-ne el significat, Ackoff (1994) distingeix entre tres tipus de sistemes:

- a) Sistema mecànic. Pot ser tan obert com tancat. Es considerat tancat quan el seu comportament no depèn de les condicions o els esdeveniments externs. Per contra, si el seu funcionament està intrínsecament vinculat a les condicions externes del context propi és defineix el sistema com a obert.

Independentment de la seva categoria, qualsevol sistema mecànic es aquell que opera en funció de la seva estructura interna i les lleis de la naturalesa. Al no tenir consciència, el sistema no presenta un propòsit de ser, i la seva activitat queda regulada per les forces que operen en ell. El motor d’un cotxe és un exemple evident d’un sistema d’aquest tipus.

- b) Sistema organicista. A diferència del sistema mecànic, els sistemes organicistes sí presenten un objectiu o propòsit de ser, el que el converteixen en un sistema obert *per se*. Degut a la seves funcions, com pot ser la de sobreviure, requereix de la interacció constant amb les variables de l’entorn per desenvolupar les seves funcions. El cor humà, n’és un exemple.

- c) Sistema social. La característica idiosincràtica d’aquesta darrera tipologia és la presència i el rol de les persones en el funcionament del sistema. Una escola, un hospital, la universitat, poden simplificar-se a sistemes més simples com els dos primers, però s’incorreria en un error de plantejament. Els sistemes socials tenen la particularitat que els membres que el conformen tenen propòsits i objectius individuals, que no depenen estrictament de les funcions del sistema que en formen part. Alhora, totes les parts que configuren i defineixen el sistema, són elements d’unitats més grans, les quals, al seu torn, són fragments de sistemes complexos majors amb funcions i característiques pròpies.

La teoria de sistemes com a paradigma i estratègia per conceptualitzar d’una forma ordenada els processos que intervenen en la gènesis de la conducta humana, ha estat

abordada i contextualitzada des d'un ampli ventall de disciplines amb finalitats diverses. En la reconeguda obra *The Fifth Discipline*, Senge (2006) explora el pensament sistèmic, elaborat i sustentat en la teoria de sistemes, com una estratègia per maximitzar el rendiment i el benefici de les organitzacions. Segons aquest autor, l'objectiu del pensament sistèmic consisteix en conceptualitzar el sistema com a una entitat totalitària que possibiliti el canvi en les dimensions i les estructures d'ordre inferior mitjançant l'aprenentatge constant i la col·laboració entre les diferents parts. Senge descriu la teoria de sistemes com "una disciplina per veure totalitats. És un marc per veure les interrelacions en comptes de veure només coses, per veure patrons de canvi més que fotos instantànies estàtiques" (Senge, 2006, p.7).

En el mateix fil argumentador, Burrell i Morgan (1979) emfatitzen el caràcter unitari del sistema com a entitat d'anàlisi pròpia i reforcen el propòsit últim de centrar els esforços en l'estudi dels patrons de les relacions i de les interconnexions entre el sistema i el seu entorn concret. El plantejament presentat per la teoria de sistemes és el d'una aproximació integradora coherent amb la lògica socioecològica que defensa una visió comprensiva de totes les parts del sistema. En aquest sentit, la teoria socioecològica de Stokols (1996) o la proposta desenvolupada per Bronfenbrenner (1979) il·lustren de forma subtil els principis bàsics sobre els quals es recolza el pensament sistèmic com a paradigma funcional que permet dotar d'explicacions racionals els fenòmens socials.

Com hem assenyalat en anterioritat en la present tesi, el postulat bàsic de la perspectiva socioecològica reconeix la posició de l'individu en relació a les característiques contextuais i personals que el defineixen (Stokols, 1992). En comptes de focalitzar-se de forma exclusiva en els individus, el prisma socioecològic incorpora en el periscopi d'anàlisi diferents nivells i diverses metodologies per a la detecció del focus del problema i la conseqüent transformació del mateix.

De forma paral·lela a la indagació de les estructures que configuren el conjunt, i assumint els principis postulats per la perspectiva socioecològica presentada per Stokols (1992), la teoria de sistemes busca explicar de quina manera el canvi es produeix tant en els productes de sortida generats pel sistema, com en les alteracions individuals dels components que l'integren. Traslladant aquesta proposició al cas concret d'una universitat, el conjunt de la unitat universitat esdevindria el sistema d'anàlisi principal, mentre que els diferents departaments, conformat pels treballadors/es i altres membres de

la estructura quedarien definits com a elements particulars dels sistemes més petits que conformen el nucli d'anàlisi general.

A diferència de la perspectiva ecològica, en la que els entorns són concebuts com a sistemes genèrics, la teoria de sistemes com a model d'anàlisi i d'interpretació dels problemes de salut general emfatitza el caràcter integrador i inclusiu que és invariable al propi sistema. És a dir, assumeix de manera passiva una organització interconnectada entre els diferents components que l'integren i les forces que el connecten amb l'exterior. D'aquesta manera, un conglomerat com el context universitari no és definit com un conjunt format per la superposició d'agents, ans un sistema en el que els diferents elements, entre ells els subconjunts d'agents, són interdependents, estan interconnectats i fluctuen cap a la integració. Dit d'una altra manera, procura incorporar el conjunt de les relacions que conformen el sistema d'una manera estructurada, respectant les circumstàncies temporals i les característiques de l'entorn més ampli en el que es donen les connexions (Naaldenberg et al., 2009).

En quan a l'aplicació dels principis epistemològics d'aquesta perspectiva integradora, aquests poden ser adoptats per qualsevol organització integrada per persones que vulguin comprendre les dinàmiques que fluctuen en les seves relacions quotidianes. Com assenyala Checkland (1999) en relació a la cerca de relats explicatius significatius de com incidir en el canvi estructural del conjunt, l'element distintiu radica en el fet que el marc de referència de la perspectiva sistèmica s'alinea amb la necessitat de comprendre la naturalesa de l'organització a estudiar en la seva totalitat, i no com un agregat relacional. Això és, el canvi i la presa de decisions innovadores precisa d'un procés actiu i conscient d'aprenentatge sobre les pròpies dinàmiques que donen forma al sistema; quins són els objectius que es persegueixen, la naturalesa dels valors que sostenen les activitats que en ell s'hi desenvolupen, les percepcions dels diferents actors que l'integren. Comprendre el conjunt universitari com un cos d'estudi amb una estructura específica amb relacions de poder desiguals i en intercanvi constant amb un context determinat es postula com un exercici essencial per copsar les transformacions desitjades i prosseguir a la recerca de canvis profunds en la pròpia composició (Best et al., 2003).

Amb tot, l'objectiu últim d'aquesta aproximació teòrica pretén explicar de quina manera es produeixen els canvis en els sistemes socials complexos, preeminentment en l'àrea del desenvolupament de les organitzacions, però no de manera exclusiva.

En l'àmbit concret de la promoció de la salut i en l'òrbita de la salut pública en general, la teoria de sistemes com a plantejament d'anàlisi s'ha utilitzat principalment per al disseny i la implementació d'intervencions orientades a disminuir les desigualtats en salut (McGill et al., 2021). Així mateix, la lògica conceptual concretada en l'aproximació dels sistemes ha servit com a marc metodològic des del qual dissenyar i implementar intervencions per millorar la qualitat de vida de diferents grups poblacionals amb necessitats educatives i en salut particulars. Per exemple, en un estudi recent realitzat per Felmingham et al. (2023) en una comunitat de la ciutat de Sidney, Austràlia, els autors varen reportar millores en la percepció de l'estat de salut dels nens i adolescents després que els membres de la mateixa s'involucressin de manera activa en la coordinació i difusió de programes i accions governamentals per fomentar l'adquisició d'un conjunt d'hàbits saludables. Des d'aquesta representació unitària del conjunt en la qual els diferents actors que integren un sistema determinat d'anàlisi són a la vegada causa i efecte d'accions en constant transformació, diversifica el prisma conceptual de la universitat com un espai físic i social amb una estructura estàtica en benefici d'una aproximació dinàmica en la que tots els elements que integren la mateixa queden representades com a forces necessàries per a l'obtenció dels objectius desitjats.

Altres disciplines alienes que han fet ús d'aquest model integrador per transformar les dinàmiques internes i produir resultats positius en el col·lectiu diana són els serveis socials (Emami et al., 2023), el sector educatiu (Atwood et al., 2003) o la gestió en ciències empresarials (Van de Ven, 2007), entre d'altres.

Partint de les concepcions més properes a la simbolització dels sistemes de salut com organismes complexos (Institute of Medicine, 2001), Pelikan (2007) distingeix en la conceptualització del pensament sistèmic dues nocions bàsiques de coneixement, les quals permeten explicar amb major o menor grau de mesura la naturalesa dinàmica de qualsevol organització composta. De manera succinta, per una banda, Pelikan descriu les estructures com un conjunt de patrons d'elements relacionats, i els processos com a patrons d'esdeveniments que succeeixen en el temps, per l'altra. En el seu plantejament paradigmàtic, les estructures són els agents que condicionen els processos, és a dir, són interpretades com a pre-requisits incondicionals per a l'obtenció de resultats. No obstant, aquesta aparent linealitat en la interrelació entre les dues substàncies cabdals pot resultar modelada, segons l'autor, en el transcurs del temps per les pròpies relacions entre

components, poden els processos modificar o desenvolupar noves estructures diferents a les originals.

El resultat és una complexa estructura de pensament que permet identificar i organitzar els diferents components que participen en la construcció del problema que es vol solucionar.

A partir d'aquesta proposta, Pelikan estableix algunes analogies entre el desenvolupament de les organitzacions i la teoria de la salutogènesis elaborada per Antonovsky (1979) i descrita en aquest capítol. Fent ús dels vocables sintetitzats pel sociòleg de la salut, l'autor defensa el sistema complex com un cos en constant interacció amb l'entorn a través de les dinàmiques internes que sintetitzen les relacions entre les estructures i els processos, així com amb les demandes del context físic. Si bé és cert que la introducció dels principis de la teoria salutogènica en la descripció de la proposta conceptual de la teoria de sistemes remet a un exercici purament reflexiu, l'autor al·ludeix als factors de risc patològics i als recursos que anomena salutogènics com a fonts insubstancials del canvi en les estructures d'ordre inferior, les quals poden esdevenir en el motor de canvi per a la producció de transformacions més profundes del conjunt respectant la lògica de les dinàmiques que caracteritza la perspectiva sistèmica.

En la presentació dels principis de l'aproximació de la Universitat Promotora de la Salut, Dooris (2006a) introdueix de manera descriptiva, si bé no desenvolupa explícitament, la influència de la teoria de sistemes en l'elaboració d'un marc conceptual representatiu de les característiques de l'aproximació dels entorns saludables adaptada a les institucions d'educació superior. Malgrat existeix aquesta aparent deficiència en l'explicació procedimental de l'estratègia salubrista, l'autor assenyala el producte tangible com la conseqüència de la interacció constant i sistemàtica entre els *inputs*, els *throughputs* i els *outputs*⁸.

A despit de les evidències promulgades per la teoria de sistemes en general i el pensament sistèmic en particular, que reforcen les oportunitats de repensar els mecanismes procedimentals en el disseny d'intervencions en promoció de la salut en un sentit més

⁸ En el cos del text s'utilitzen els vocables en anglès *inputs*, *throughputs* i *outputs* per fer referència als elements d'entrada, els processos i els productes resultants de les interaccions originades entre les diferents parts que conformen el conjunt del sistema.

ampli, les implicacions retòriques de materialitzar els esforços teòrics en vies tangibles d'oportunitats pràctiques es troben poc desenvolupades i gaudeixen de poca clarificació conceptual (Cabrera et al., 2008; Paton et al., 2005). En aquest sentit, des d'una posició escèptica a la retòrica discursiva imperant en les publicacions sobre les noves estratègies en promoció de la salut, diversos autors com David Seedhouse (1997) o Lawrence St.Leger (1997) han expressat les limitacions encobertes preeminents en la traducció dels principis teòrics en accions concretes, degut a la poca claredat conceptual de la terminologia emprada.

Teoria salutogènica

Poques personalitats han ressonat tant en l'àmbit de la recerca en les ciències socials com la del metge i sociòleg Aaron Antonovsky. La conceptualització del model salutogènic com a nova orientació teòrica és la conseqüència simultània d'una ment inquieta i el producte d'una vida dedicada a l'estudi empíric de la complexitat humana. El viatge personal, quasi autobiogràfic amb transfons melancòlics va desencadenar que el propi autor definís la proposta del seu model com una "Odissea personal" (Antonovsky, 1990).

En una de les seves primeres investigacions des de la dislocació d'Estats Units a Israel, Antonovsky va estudiar els problemes d'adaptació al climateri i les conseqüències biològiques del mal funcionament a llarg termini d'un grup de dones menopàusiques que havien estat exposades a esdeveniments traumàtics (Antonovsky et al., 1971). La població diana de la recerca la conformaren persones del sexe femení d'entre 45 i 54 anys d'edat nascudes a la regió de l'Europa Central entre els anys 1914 i 1923, algunes de les quals havien sigut víctimes directes de l'activitat nazi en els camps de concentració. En la conceptualització hipotètica del fenomen d'estudi, fins a quin punt l'exposició traumàtica als esdeveniments prolongats en els camps de concentració podia repercutir en la capacitat d'adaptació i l'estat de salut actual de les dones subsistents, els resultats entre els dos grups havia de casar amb la lògica dels preceptes més fútils: a ulls dels investigadors, el grup poblacional conformat per supervivents de l'Holocaust exhibiria una menor puntuació en l'escala d'adaptació com a senyal d'una mala adaptació funcional al climateri respecte el grup control. De forma complementària a la mesura objectiva, els investigadors medirien la percepció subjectiva de benestar, l'estat de salut física i emocional i el rol de satisfacció amb la vida. Tal i com s'esperava, el grup de dones

sobrevivents a les pràctiques dels camps de concentració exhibia significativament més signes de desregulació biològica i pitjors valoracions en les mesures personals relacionades amb l'estat de salut en comparació amb les homòlogues del grup control. No obstant, fins a un 29% de les antigues presoneres als camps de concentració van valorar positivament el seu estat de salut mental i es definiren com a persones ben adaptades a la realitat actual, que podien advertir la felicitat tot i les experiències traumàtiques viscudes en el passat. Davant dels resultats obtinguts, Antonovsky no es va deixar sorprendre per l'evidència que acabava de compulsar, atès que els fonaments teòrics de la investigació apuntaven cap a una direcció ben definida.

A despit de la predominança estadística en l'anàlisi de les dades recopilades, l'element central que va estimular la confabulació d'una nova aproximació als plantejaments, en fons i forma, de les qüestions relacionades amb l'estat de salut de les persones va ser el nombre de valoracions positives declamades pel grup de dones que havien estat exposades a situacions epidemiològicament estressants. Com era possible que el grup de dones sobrevivents a les pràctiques dels nazis en els camps de concentració valoressin positivament el seu estat de salut? Al revisar i formular en clau positiva la proposició interrogativa, Antonovsky va permutar la perspectiva de l'òptica tradicional mèdica i tal volta, sense deliri de consciència va estimular el naixement del model salutogènic.

Atribuir a un episodi concret la responsabilitat de les relacions causals seria caure en el parany del simplisme. Si bé les repercussions filosòfiques de l'estudi amb el grup de víctimes de l'holocaust va afavorir l'epifania d'una nova corrent teòrica⁹, el convenciment de l'investigador dels seus coneixements va ser un superàvit de la seva manera d'entendre la vida. En un article expositiu de les rèmores originals Antonovsky i Sagy (2016), testimonien des de l'experiència directa alguns dels aspectes més rellevants i desconeguts de la memòria del ideòleg del model positiu en salut. D'entre l'ample nombre d'experiències i fotografies personals exposades, els autors recorden amb especial nostàlgia la personalitat i el caràcter social d'Aaron Antonovsky, qui durant el seu servei a l'armada americana a Nova Guinea escrigué en una carta al seu germà petit "tu no coneixes el significat d'iconoclasta però tu en coneixes la idea perquè Abraham en

⁹ El model salutogènic com a construcció teòrica apareix mencionat per primera vegada en l'obra *Health, Stress and Coping* (Antonovsky, 1979). Després de 15 anys de treball de la publicació del seu primer exemplar, l'autor edita el segon rengle on redefineix i completa la fenomenologia de la seva aportació teòrica : *Unravelling the mystery on Health: How people manage stress and stay well* (Antonovsky, 1987).

va ser un. Què va fer ell? Va mirar al seu voltant. Ho va qüestionar tot... i misericordiosament ho va destruir tot” (p.15).

La cita aparentment innòcua, evoca en el transfons del discurs la imatge de la personalitat del sociòleg estatunidenc. Més enllà de la connotació religiosa encriptada en l’acte comunicatiu, la idea que ens resulta atractiva reflexionar per al propòsit del present treball és la projecció del missatge; mira, pensa i qüestiona. Més enllà de la reputació professional i l’exercici recreatiu de definir un punt de partida tangible al model salutogènic, aquestes tres paraules resumeixen a la par que evoquen la mirada concreta, personal i científica que tenia l’autor d’afrontar el món. Reprenent una de les moltes obres commemoratives que li han estat dedicades (Benz et al., 2014; Henkin i Sperber, 1996; Lindström i Eriksson, 2005; Sagy, 2016), Ilona Kickbusch (1996) sentència “Aaron Antonovsky constantment tenia el coratge de fer la pregunta correcta: com es crea la salut?”¹⁰ (p.5).

A partir dels resultats enregistrats en la recerca realitzada sobre l’impacte de l’holocaust i el conflicte entre Israel i Palestina entre d’altres, en l’estat de salut menstrual i psicològic d’un grup de dones residents en una ciutat israeliana, Antonovsky formula tres preguntes que establirien la direcció d’anàlisi de la recerca posterior i esdevindrien eminents pel desenvolupament de la seva teoria (Rivera de los Santos et al., 2011):

- Per què les persones es mantingueren saludables tot i està exposades a tantes influències perjudicials?
- Com ho fan per recuperar-se de les malalties?
- Què tenen d’especial les persones que no emmalalteixen tot i està exposades a la tensió més extrema?

El desenvolupament del paradigma salutogènic com a cos de coneixement empíric germina de la necessitat detectada de trencar amb els motlles de la medicina tradicional. Antonovsky rebutja la dicotomia clàssica en salut que proposa la definició de categories fixes i estables: malalt o sa. Per contra, en la seva concepció personal d’entendre la naturalesa dels organismes formula la idea de contínuum com a paràbola per caracteritzar

¹⁰ En la cita referenciada, l’autora recupera una de les preguntes referenciades en l’obra *Health, Stress and Coping* (Antonovsky, 1979) a partir de les quals Antonovsky desenvolupa els conceptes i els tecnicismes de la seva proposta teòrica: el model salutogènic.

la volatilitat de l'estat de salut dels mateixos. És a dir, de forma més o menys explícita dissocia la percepció de benestar subjectiva amb l'estat de salut purament objectiu (Antonovsky, 1979). El passatge següent recuperat de l'obra original *Health, Stress and Coping* reflecteix sense circumloquis l'essència intel·lectual de l'autor: "He insistit clarament que el continuïum salut-malaltia no s'ha de considerar com una coexistència amb l'àmbit del benestar" (p.197).

És justament el caràcter singular que atribueix a la realitat personal de cadascú la que caracteritza el posicionament de la nova perspectiva davant l'anàlisi dels problemes socials, i que marcarà la creació d'un nou moviment cada cop més ampli i estès en els cercles de la salut pública i l'elaboració de polítiques (Mittelmark i Bull, 2013). Un exemple de la significança del model positiu en salut queda exemplificat en la publicació del treball *Handbook of Salutogenesis* (Mittelmark et al., 2017), un recopilatori de compendis d'articles elaborats des dels axiomes del paradigma salutogènic aplicats a un gran nombre i divers d'àrees temàtiques.

Nedant a través del riu de la vida

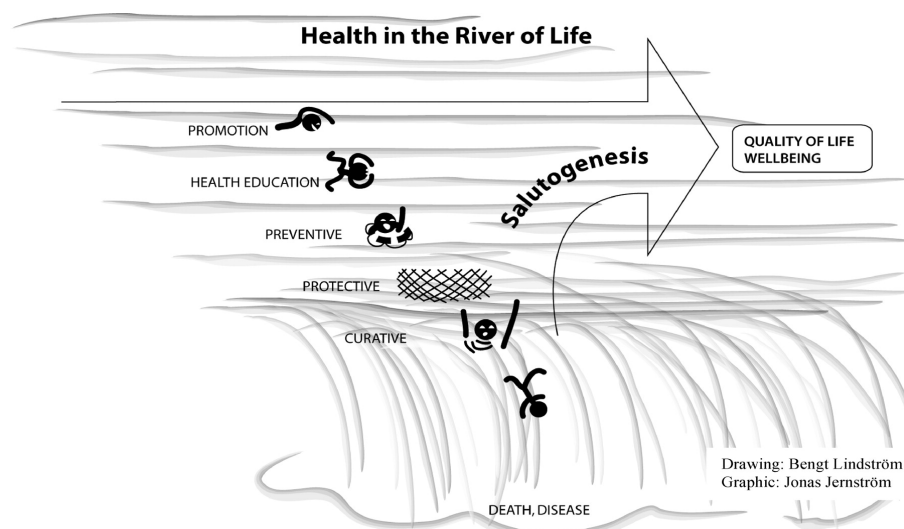
Com a mecanisme comunicatiu per representar gràficament la idea del canvi de paradigma, Antonovsky (1987) proposa la metàfora del riu de la vida per comparar la interpretació des de les dues perspectives. Des d'una concepció patogènica, el riu representa la malaltia que empeny i ofega l'individu cap al dolor i el patiment. En aquest punt, l'objectiu principal de la medicina tradicional és rescatar la persona que està essent arrossegada per les corrents de l'ecosistema aquàtic sense reparar en el com ni la causa de per què de la seva condició. Per contra, des de la perspectiva salutogènica el riu esdevé una analogia de la vida en sí mateixa; un recurs literari que exemplifica la complexitat de la realitat humana on l'objectiu recau en l'habilitat de cadascú de gestionar els elements estressants diaris que infonen i repton la posició de la persona dins del continuïum. És a dir, no importa la velocitat de desplaçament dins del cabal, sinó la destresa en la pràctica física d'acceptar i afrontar tots els obstacles.

En la seva crítica al dogmatisme mèdic mencionat, Antonovsky planteja la necessitat intel·lectual d'entendre la conceptualització sobre l'origen de la salut. En un dels seus esforços per estudiar la salut en comptes de la malaltia, Antonovsky (1979) planteja la

paraula que dona nom al seu model “Salutogènesis”, i que analitzada es pot dividir en (salut) i (gènesis) d’origen. D’aquesta manera, el neologisme que dona nom a tota una corrent interpretativa, explícita en la morfologia de la seva concepció gramatical la cerca última de la carrera professional de l’autor: com s’origina la salut? La resposta a aquesta proposició l’hem anat desglossant al llarg del capítol. Nogensmenys, al llarg dels apartats venidors anirem esmicolant els principis i els elements de tota una filosofia. La Figura 5 il·lustra de manera visual les característiques del “Riu de la Vida”, que simbolitza el canvi de perspectiva en el tractament de la condició saludable i el focus de la medicina cap a la salut pública i la promoció de la salut.

Figura 5

Salut en el Riu de la Vida



Nota. Extret del treball d'Eriksson i Lindström (2008, p.195)

Com recorden Vinje i col·laboradors (2016), l’assumpció filosòfica bàsica del treball d’Antonovsky consisteix en acceptar “que tots els ésser humans estan en el riu de la vida. Ningú està a la riba” (p.38). L’aquiescència d’aquest requisit porta implícit reconèixer un segon element transversal a l’obra de l’autor. La metàfora del riu com a imatge de la salut il·lustra que l’estat d’homeòstasi no és l’estat prototípic de la condició humana, ans al contrari, la quotidianitat de la naturalesa de l’ésser queda definida per l’al·lòstasi¹¹ i en la idiosincràsia estressant que caracteritza els entorns humans (Sagy et al., 2015).

¹¹ En els seus orígens com a investigador, bé com alumne doctorand a la universitat de Yale o com a professor de sociologia mèdica a la universitat Hebrea de Jerusalem anys més tard, Antonovsky va conduir diverses investigacions relacionades amb el caràcter sociològic de la salut, i en concret sobre la repercussió dels esdeveniments traumàtics sobre el nivell d’estrès i l’estat de salut percebut per les persones.

La metàfora del riu de la vida gaudeix de reconeixement degut al seu caràcter literari i clarificador del problema. Monika Eriksson i Bengt Lindström (2008) han traslladat l'al·legoria del riu al terreny de la promoció de la salut. Segons els autors, en la representació del riu de la vida hi ha escenificades de forma simplista les característiques de la medicina (la cura i el tractament) així com les funcions de la salut pública. L'element paradigmàtic de la seva interpretació és el canvi de perspectiva que atribueixen al significat del riu, modificant el focus d'atenció des de la malaltia a qüestions més genèriques que afecten a la salut de la població. Una reconversió del sistema d'interpretació de l'element individual i concret a un plantejament des de l'esfera del macrosistema. En el seu treball els autors defineixen quatre estadis: (i) cura o tractament de la malaltia; (ii) protecció de la salut / prevenció de la malaltia; (iii) l'educació per a la salut / promoció per a la salut i (iv) la millora de la percepció de la salut / el benestar/ qualitat de vida.

En el primer dels estadis descrits, la cura o el tractament a la malaltia, evoca la responsabilitat que ha exercit la medicina i l'avenç tecnològic en la detecció i la cura de les afeccions biològiques. En relació al plantejament metafòric, la ciència mèdica figura el posicionament exercit per evitar que els individus morin ofegats. El segon estadi es pot dividir en dues fases: la protectora i la preventiva. La perspectiva *protectora* fa referència a la funció de les intervencions mèdiques que es limiten a disminuir els riscos de contraure la malaltia. Dit en llenguatge literari, les accions passives i centrades en la població es conceben amb l'objectiu d'evitar que la gent caigui al riu, restringint l'accés al mateix. En la segona fase, es descriu la perspectiva *preventiva* com el conjunt d'accions destinades a apoderar als actors del mapa social per evitar l'aparició de malalties. En aquest punt, la intervenció activa dels professionals exerceix “d'armilla salvavides” (Eriksson i Lindström, 2008, p.195) davant el perill imminent que depara el riu corrent avall. Mitjançant el programes d'educació en salut i les polítiques de promoció de la salut, en el tercer estadi s'ensenya a la gent com nedar. L'alfabetització en salut per exemple, ha demostrat ser una variable crucial per a l'eficàcia dels programes educatius específics en temes de salut (Margat et al., 2017; Nutbeam, 2000) i la reducció de les desigualtats (Stormacq et al., 2019). Un cop s'han identificat els potencials i els recursos de la

En les dues obres on desenvolupa el concepte i el model salutogènic: *Health, Stress and Coping* (1979) i *Unravelling the mystery of health* (1987), Antonovsky recupera els neologismes “homeòstasi” i “heterostasi” proposats per Selye (1973) per exemplificar la revolució paradigmàtica de la nova formulació.

intervenció pública, en termes de polítiques i control estructural, les persones esdevenen protagonistes de la seva realitat. Mitjançant el suport i el recolzament dels professionals que actuen com a far orientadors, els individus poc a poc van prenent consciència dels seus coneixements i les seves limitacions, adquireixen habilitats que els posicionen en la tessitura de poder seleccionar per compte propi les eleccions més convenientes en cada situació, i capturen el control de la seva immersió aquàtica, amb independència del nombre de riscos i dificultats condicionals.

Finalment, en la darrera etapa, nedant riu amunt cap a la font, la promoció de la salut ressenya l'objectiu final de les activitats de la promoció de la salut: crear els pre-requisits necessaris per viure i gaudir d'una vida amb salut.

Model d'Actius en Salut

En la formulació de nous marcs teòrics més coherents amb els principis i els objectius reconeguts en les convencions internacionals, una de les propostes més interessants per la seva versatilitat i plasticitat metodològica és el mapa o *mapeig* d'actius (Botello et al., 2013). La proposta original desenvolupada per Kretzmann i McKnight (1993)¹² en el marc de la implementació d'una estratègia per al desenvolupament comunitari, i adaptada posteriorment per Morgan i Ziglio (2007), va ser concebuda com una manera de revitalitzar l'evidència, les accions i els principis de la interacció dels professionals amb els col·lectius d'anàlisi. Mentre que les iniciatives intragrupals clàssiques, han estructurat la seva missiva sota el paradigma mèdic tradicional, la proposició articulada dels actius dirigeix els recursos i l'atenció als aspectes positius presents en la comunitat. Tot i que diversos autors han intentat aproximar el principi positiu dels actius de maneres menys abstractes, la definició més acceptada en la literatura continua sent la formulada en el treball original (van Bortel et al., 2019). Els autors utilitzen el terme “d'actius en salut” per referir “als recursos que els individus i les comunitats tenen a la seva disposició i que els permeten defensar-se davant els elements negatius per a la salut, i/o millorar el seu estat de salut” (Morgan i Ziglio, 2007, p.18). Els recursos als quals refereixen els autors

¹² La tècnica del mapeig d'actius és el component metodològic d'una estratègia d'intervenció basada en la participació activa dels membres de la comunitat i la recerca de les seves potencialitats. El nom originari de la metodologia participativa en anglès és *Asset-based community development* (ABCD), la qual no equival a la tècnica del mapeig d'actius.

poden ser de naturalesa ben diversa, essent els més comuns els actius socials, financers, físics, de l'entorn o els recursos humans (Harrison et al., 2004).

La noció d'actiu com a proposta teòrica, inspira per si mateix, un canvi estructural en el posicionament conceptual dels investigadors respecte al fenomen d'estudi. En la seva concepció original, el plantejament d'actius està relacionat estretament amb el moviment de participació i desenvolupament comunitari (Douglas et al., 2020). No obstant aquest lligam, existeixen algunes diferències conceptuais que precisen de major puntualització. La diferència operacional entre la participació comunitària i la identificació dels actius en salut és una qüestió de categorització. Mentre que la consideració de la comunitat com a agent d'estudi refereix explícitament a la construcció del disseny d'anàlisi, el mapeig dels recursos entès com a tècnica de recollida de dades fa al·lusió al procediment mitjançant el qual la comunitat pot identificar i categoritzar els recursos que en ella hi conviuen. La diferència entre ambdós constructes queda exemplificada amb la definició suggerida per Lightfoot et al. (2014) quan afirma “el mapeig d'actius és el procés mitjançant el qual la comunitat identifica els recursos individuals, de les associacions, institucionals, econòmics, físics i culturals” (p.59). Kretzmann i McKnight (1993) reconeixen cinc tipus de recursos diferents:

- I. “residents locals”
- II. “associacions locals de voluntariat, clubs i xarxes”
- III. “institucions locals”
- IV. “actius físics”
- V. “actius econòmics”

A la classificació original, Foot i Hopkins (2010) hi afegeixen una sisena categoria, “els actius culturals”, els quals refereixen al “talent per a la música, el teatre, l'art, i les oportunitats perquè tothom s'expressi creativament de manera que es reflecteixin els seus valors i identitats” (p.20). En termes més de naturalesa pragmàtica, que no idiomàtica, els actius en salut identificats tenen una forta relació amb el concepte de determinants socials de la salut (veure apartat 1.9.). Com hem assenyalat en anterioritat en aquesta tesi, els determinants socials de la salut fan referència a les condicions de l'entorn on les persones viuen, treballen i es desenvolupen (Braveman et al., 2011).

En termes generals, l'aproximació a l'anàlisi dels actius o "patrimoni"¹³ en salut és un intent de centrar el focus d'anàlisi en els elements intrínsecs a la població d'interès que poden ser beneficiosos per a la creació i la millora de la salut. En altres paraules, adopta els principis del model salutogènic (Antonovsky, 1979) per identificar els factors protectors que operen en els diferents nivells dins dels individus (Den Broeder et al., 2017), la comunitat (Ta i Shankardass, 2021) i les organitzacions (Rotegård et al., 2010), i que són caracteritzats com potencials recursos en la prospecció de millors estat de benestar individual i social (Garven i MacLean, 2016). Com plantegen Hernán i col·laboradors (2019), el desenvolupament de l'aproximació dels actius en salut en l'àmbit comunitari principalment, és conseqüència directa de la implementació de la nova orientació de la promoció de la salut a la pràctica. En aquest camí de re-invenió cap a un concepte de salut orientat al benestar (Lindert et al., 2015), les aportacions de la sociologia, la psicologia i altres ciències afins han contribuït de forma essencial en la concepció dels actius i la visió positiva en salut (Scales i Leffert, 1999).

En aquest treball ja s'han mencionat diverses corrents i aportacions teòriques que han facilitat la integració de perspectives diverses sota un mateix paraigües d'intervenció. Tot i que la noció de salut es troba immers en una tessitura de renovació conceptual, l'exploració de l'aproximació positiva en salut no és del tot recent. De forma específica a la proposta d'actius en salut, han estat especialment rellevants la teoria salutogènica d'Antonovsky (1979, 1987, 1990), explicada en detall en aquest capítol, la teoria de l'autoeficàcia (Bandura, 1997), el concepte de resiliència explorat per Ungar (2011), la perspectiva al "llarg de la vida" (Elder, 1998) i el model d'actius comunitaris (Kretzmann i McKnight, 1993).

En relació a aquest darrer, Pou-Martí et al. (2022) en el seu treball empíric sobre l'aplicació del mapeig d'actius i la importància per emprendre decisions polítiques, considera la proposta de Morgan i Ziglio (2007) una revisió en clau salutogènica del treball original d'actius en salut de Kretzmann i McKnight (1993). La temptativa d'englobar les diferents propostes sota un únic paradigma explicatiu és quelcom enrevessat i controvertit. No obstant, la inclusió de les influències positives en salut en una mateixa aproximació o categoria d'anàlisi ha de ser segons Pérez-Wilson et al. (2021), l'objectiu de la nova promoció de la salut. Altres autors com Lindström i Eriksson

¹³ Álvarez-Dardet i Ruiz (2011), prefereixen utilitzar el terme "patrimoni" a la traducció de l'anglès "actiu".

(2010) experts reconeguts en l'estudi de l'aplicació dels principis salutogènics a l'anàlisi dels reptes per a la salut pública, el terme "paraigües salutogènic" exemplifica la quantitat de teories i conceptes integrats per dimensions del model desenvolupat per Antonovsky.

Dintre de l'acceptació d'un marc operatiu comú, concebut des d'una perspectiva positiva en salut, d'acord amb la revisió del model primitiu efectuada per Morgan i Hernán (2013) existeixen dos principis que precisen de ser aclarits per separat. En primer lloc, la proposta dels actius en salut és concebuda com una reivindicació teòrica que expressa la necessitat d'apoderar a les persones per poder garantir el correcte desenvolupament d'elles mateixes i de la comunitat. D'aquesta manera, la promoció dels recursos positius actua amb un doble propòsit. En un sentit, impacta positivament sobre el pla individual reforçant les potencialitats i la creació d'experiències de vida positives. Mentre que paral·lelament al creixement personal, es produeix una desvinculació progressiva dels serveis socials. La relació de dependència entre les poblacions més desfavorides i els recursos institucionals externs és un dels incentius assenyalats per Kretzmann i McKnight (1993) en la seva obra *Building Community From the Inside Out*, per repensar la naturalesa de les relacions entre els barris amb menys recursos i les institucions destinades a millorar les condicions de vida dels mateixos.

En segon lloc, el Model d'Actius en Salut (MAS) posiciona en totes les etapes a la persona i les seves percepcions en el focus d'intervenció. A diferència de l'aproximació de participació comunitària assentada en el model mèdic (Rifkin, 1996), centrada en millorar els aspectes negatius de la mateixa entenent la salut com la mera absència de malaltia, la proposta teòrica dels actius refereix en el pla estratègic la necessitat d'involucrar al màxim de grups i membres de la població així com a les institucions en una relació d'igualtat sembrada des del compromís i la voluntat de canvi. Aquesta particularitat del MAS és compartida per Wallerstein i Bernstein (1994) en relació a l'acció comunitària quan suggereixen emprar el terme "*community empowerment*" en comptes "*d'empowerment*", per referir el procés en el qual els individus adquireixen control sobre la seva vida i tenen els recursos suficients per modificar l'entorn social i polític en el qual desenvolupen les seves activitats.

La proposta original del model d'actius en salut elaborada per Morgan i Ziglio (2007), estableix un marc sistemàtic, teòric i operacional per a l'orientació i consecució dels

objectius desitjats a través de l'evidència. Malgrat la revisió i addició d'alguns components en la nova proposta realitzada per Morgan (2014), la base estructural de la formulació teòrica manté l'essència primitiva d'equitat i compromís advertida en les influències precursors del model.

Com s'ha anat assenyalant en aquest apartat, el MAS reagrupa i afegeix valor a un conjunt de conceptes i teories preexistents que posseeixen dimensions d'una perspectiva de salut positiva. El model proposa un abordatge d'intervenció en salut pública en tres fases. Cadascuna de les etapes a seguir estableix a la vegada un marc d'acció conjunt, i un plantejament crític que orienta als professionals a repensar els mètodes i les accions cap a la transformació social.

La primera fase (A), defineix les bases teòriques des de les quals construir el marc de referència per als passos següents. Allunyat de la perspectiva tradicional patogènica, el model opera des d'una aproximació salutogènica (Antonovsky, 1996), centrada en els recursos que poden constituir una font de salut, emfatitzant la recerca i l'èxit en les troballes en la relació amb l'entorn. Influenciat per els principis salutogènics, el model assumeix la salut com un constructe dinàmic que es va influenciant al llarg de la vida. Tanmateix, la necessitat de construir experiències positives des de la infància esdevé un repte de futur atès que l'acumulació d'actius en el temps és un condicionant d'estats de salut futur (Morgan et al., 2010). D'aquesta manera, la incorporació de recursos o actius des d'edats prematures determina les probabilitats d'èxit en l'afrontament a situacions estressants posteriors.

Els resultats obtinguts en la primera fase estableixen el punt de partida per a les accions posteriors. La columna vertebral del model sustentada en l'evidència salutogènica i la pràctica empírica representa el punt d'anellatge de la fase segona (B). Un cop definit el marc teòric, es procedeix a l'exercici experimental. La preparació de les parts involucrades en l'activitat diana, és fonamental per a la posterior aplicació dels instruments de mesura. El foment de la confiança i el respecte entre els professionals i les persones involucrades a nivell local, així com amb els residents de la població on s'actuarà determinarà bona part de l'èxit de la intervenció. La tècnica proposada per a la identificació dels actius en salut, és el "mapeig d'actius" (Kretzmann i McKnight, 1993), un procediment concebut per documentar els recursos i les fortaleces existents en una

comunitat. El procés del mapeig pot involucrar a un gran nombre de persones relacionades amb la mostra d'interès, així com la utilització d'un ampli ventall de tècniques de recollida de dades (Cofiño et al., 2016). En el transcurs d'aquesta fase, els membres del col·lectiu analitzat tenen l'oportunitat de participar activament de la documentació mitjançant l'expressió oberta de les seves prioritats, amb consonància amb el suport proporcionat per les institucions i els professionals implicats (Kretzmann i McKnight, 1993). En l'article original els autors categoritzen tres tipus diferents d'actius per facilitar-ne la identificació (Morgan i Ziglio, 2007, p.20):

1. Bloc de construcció principal: inclou els recursos i les capacitats dins del barri o la població. Associacions de veïns, habilitats personals i l'experiència dels individus formen part de la primera aproximació
2. Bloc de construcció secundari: fa referència als actius ubicats dins de la comunitat però influenciats pel control d'agents externs. En aquest apartat s'inclouen els recursos energètics, l'abastiment d'aigua, institucions i serveis públics, etc.
3. Bloc de construcció potencial: són els recursos que s'originen fora de la comunitat i que estan controlats per agents externs. Un exemple representatiu d'aquest bloc és l'aprovació de la despesa pública econòmica per millorar algun aspecte de la comunitat. Les mesures i accions polítiques s'inclouen en aquesta tercera categoria.

Un cop identificats els actius, interns i externs de la comunitat, el model suggereix analitzar de forma sistemàtica les repercussions de la intervenció de la fase anterior. La fase d'avaluació (C) es presenta com una oportunitat perquè els professionals valorin mitjançant la utilització dels indicadors descrits, l'abast dels programes i les iniciatives desenvolupades per promoure els recursos positius i reduir les desigualtats. La construcció d'un conjunt d'indicadors coherents amb les necessitats detectades en la població és cabdal per a l'avaluació de les pràctiques posteriors. Malgrat el caràcter idiosincràtic de cada realitat d'anàlisi, s'han realitzat esforços per elaborar i categoritzar alguns indicadors salutogènics d'aplicació universal (Bauer et al., 2006).

El camí a l'èxit de l'aplicació d'aquesta darrera fase del procés, transcórrer per mitjà de la cooperació entre els tècnics i els participants, evitant la confrontació entre els principis morals del model i les experiències subjectives dels professionals (Morgan i Hernan, 2013). Els resultats originats com a conseqüència de l'acció participativa dels membres de la comunitat és un dels aspectes més controvertits i difícils d'avaluar (Wallerstein i

Duran, 2010). Degut a la naturalesa dinàmica dels canvis i a la quantitat d'agents implicats, les intervencions realitzades des de tots els nivells d'acció poden esdevenir parcialment avaluable (Rychetnik et al., 2002) o inavaluable amb els mètodes tradicionals (Foot i Hopkins, 2010). En aquest sentit, sorgeix la necessitat imperant de redefinir la capacitat psicomètrica dels recursos instrumentals dels quals disposen els professionals, en termes d'eficàcia i adequació, i incloure tècniques participatives que involucrin l'opinió directa de la població objectiu (Israel et al., 2005). Els estudis de cas, les entrevistes qualitatives i el testimoni dels membres de la comunitat són exemples vàlids que permeten radiografiar les conseqüències de la intervenció i valorar la qualitat de les accions materialitzades en tot el procés.

Més endavant en aquest treball descriurem com es desenvolupen les estratègies del mapeig d'actius en un entorn concret com és l'àmbit universitari. La tècnica i el model teòrics, han estat analitzats i aplicats a diversos contextos socials, amb preferència en la detecció i la reducció de les desigualtats en zones urbanes desfavorides (Molina-Betancur et al., 2021). La utilització de l'aproximació salutogènica inherent en la metodologia del mapeig, ha esdevingut un vehicle de transformació de les polítiques públiques. Com han assenyalat diversos estudis, alguns dels quals han estat desenvolupats en el territori de la península ibèrica (Cofiño et al., 2016; Pou-Martí et al., 2022), la implementació de la metodologia dels actius en la identificació de les desigualtats socials i la salut comunitària és un bon recurs per transferir la informació d'una realitat concreta a l'esfera de les decisions i accions legislatives.

L'aplicació de la concepció del treball de Kretzmann i McKnight (1993) ha l'activitat comunitària no és excepcional. Si bé la ideació original concep la identificació dels recursos positius en un entorn geogràfic concret, en l'actualitat la implantació dels principis teòrics s'ha estès a camps i àmbits diversos. En l'estudi de Del Cura i Sandín (2021), les autores es proveeixen de la tècnica del mapeig per identificar i descriure els actius i la qualitat de vida d'una mostra de subjectes diagnosticats amb algun trastorn mental sever. Per la seva banda, Florian i col·laboradors (2016), s'han beneficiat de la tècnica del mapeig d'actius per examinar els recursos percebuts i reals d'una comunitat de persones amb diabetis de la ciutat de Boston. L'objectiu de la intervenció consisteix en analitzar noves estratègies orientades a millorar la qualitat de vida de la col·lectivitat. Finalment, el nombre creixent de revisions sistemàtiques (Luo et al., 2023; van Bortel et

al., 2019) i metaanàlisis (Sáinz-Ruiz et al., 2021) publicats en la literatura científica, posicionen i reafirmen el model d'actius en salut i els principis del model salutogènic en la base de la revolució paradigmàtica en la concepció de salut i el compromís de les polítiques en la promoció de la mateixa.

Desenvolupament Organitzacional

La universitat, com qualsevol altre organisme format per diversos membres que treballen en un grau més o menys sòlid de col·laboració per donar resposta a una sèrie d'obligacions professionals, pot ser representat en termes literaris amb l'aprovació de la proposició aristotèlica que afirma que el conjunt global del grup és més que la contribució de cadascuna de les parts que l'integren.

L'adopció d'aquesta perspectiva sustentada a partir dels estudis sobre dinàmiques de grups a la dècada dels anys 70 del segle passat ens permet introduir una nova mirada a la comprensió del sistema educatiu superior com a entitat política i cultural, i més concretament, al context universitari com a estructura social configurada per un conjunt d'estructures i normes que regulen el funcionament intern de les interconnexions entre subjectes, els quals han de complir amb una sèrie de tasques institucionals més enllà de les funcions estrictament acadèmiques.

En termes estrictament operatius, l'anàlisi de la universitat i el context que engloba en si mateixa pot ser aproximada des de diverses vies de coneixement, des de l'adopció de teories de lideratge (Amanchukwu et al., 2015) al desenvolupament de models organitzatius saludables (Jenny i Bauer, 2013). En aquest sentit, si bé la majoria de contribucions desenvolupades en l'anàlisi de les dinàmiques organitzacionals poden esdevenir rellevants per explicar determinades conductes industrials com l'efecte del context en la productivitat laboral individual i el *burnout* o l'esgotament laboral, en la teorització de les Universitats Promotores de la Salut el desenvolupament de la mateixa ha estat més aviat introductiu. És per aquest motiu que en aquest apartat intentarem formar una descripció el més concreta possible de la rellevància d'incloure el compromís del desenvolupament organitzatiu en la universitat a partir de la discussió guiada d'algunes de les contribucions teòriques que considerem necessàries per continuar amb la

caracterització de la Universitat Promotora de la Salut que és un dels objectius específics del present treball.

Com ja hem mencionat diverses vegades en el present escrit, l'assaig de circumscriure el context universitari en una línia estratègica de promoció de la salut té els seus orígens en l'adaptació dels preceptes teòrics i les accions de treball de l'estratègia dels entorns saludables respectant les particularitats de la universitat. La incorporació d'aquesta cosmovisió disciplinar sustentada en directrius en salut pública majors representa l'aquiescència d'acceptar la naturalesa subjectiva del context universitari respecte a altres dispositius com les escoles o els llocs de treball. És a dir, podem caracteritzar de manera discriminatòria les característiques distintives de la universitat i a partir de la objectivització dels artefactes representatius, desenvolupar accions i plans estratègics en promoció de la salut específics a les característiques del context.

Procurant circumdar una imatge crítica de les dificultats experimentades d'incloure representacions adaptatives dels contextos físics coherents amb la línia de pensament divulgada per l'aproximació dels entorns saludables hi ha el conflicte latent entre pensament i acció. En un escrit d'esperit reivindicatiu Wenzel (1997) exposa les vicissituds i les discontinuïtats pràctiques de materialitzar les directrius teòriques en programes consubstancials a l'escenografia i no en utilitzar el context com un mitjà d'expressió d'accions en salut. En aquest sentit, Wenzel argumenta que l'estratègia dels entorns ha sigut utilitzada pels elaboradors de polítiques i els responsables en salut com un vehicle institucional per assegurar la continuïtat de les activitats individuals d'educació per a la salut des d'una perspectiva tradicional, en comptes d'incloure noves aproximacions més democràtiques amb el pensament del desenvolupament organitzatiu de promoció de la salut.

Les organitzacions són més que els "totxos" i el "ciment" que la componen, o l'agregat dels individus que treballen de manera conjunta sota un mateix marc operatiu. Segons Adkins (1999), les agrupacions organitzatives representen un conjunt de relacions complexes i dinàmiques entre els propis individus o els grups que estructurin el conjunt de l'organització. Adoptar aquesta nova perspectiva implica assumir en el pla ideològic de promoció de la salut un canvi en el focus d'atenció de les parts al conjunt, en el que la

totalitat de l'organització és definida com un sistema viu en constant transformació determinada per les relacions i la qualitat dels comportaments individuals.

En termes purament teòrics, el desenvolupament dels principis d'aquesta nova estratègia sistèmica d'anàlisi de la UPS ha gaudit fins als nostres dies de poc reconeixement pràctic. Diferents autors com Dooris (1999, 2002, 2006b) o Dooris et al. (2014) han assenyalat en els seus treballs respectius la importància d'incloure el pensament de nous paradigmes externs a la pròpia recerca en salut per entendre amb el funcionament de la universitat com a sistema complex estructurat per unitats més petites d'anàlisi. En aquesta prospecció dialèctica de reformes conceptuals entre els principis fundacionals del moviment d'universitats saludables i la implementació de les bases a casos particulars, una de les propostes que major reverència ha suscitat dins de la literatura són les estratègies relacionades amb el que alguns autors han anomenat el Desenvolupament Organitzatiu en salut (OHD per les seves sigles en anglès). A partir de la conceptualització, Bauer i Jenny (2012) defineixen el desenvolupament organitzatiu en salut de la següent manera:

El desenvolupament de la salut organitzacional és tant la reproducció continua com la millora en salut dirigida en les organitzacions enteses com sistemes socials, basades en la interacció (dimensions processals) dels individus amb les capacitats de la mateixa (dimensió estructural). (p.135)

Des d'una posició complementària d'anàlisi centrada en el disseny d'estratègies d'intervenció en promoció de la salut, Beckhard (1969, p.9) defineix el model d'organització en salut com: "un esforç planificat, a nivell de tota l'organització i gestionat des de dalt, per augmentar l'eficàcia i la salut de l'organització mitjançant intervencions planificades en els processos de l'organització, utilitzant els coneixements de les ciències del comportament".

De manera resumida, de la proposta efectuada per a aquests dos autors podem afirmar que l'organització compromesa amb la salut, en el cas d'interès la universitat, és aquell sistema estructurat que inclou estratègies i accions positives per a la salut prenent com a referència la interrelació entre les dinàmiques duals resultants de la interacció constant i sistemàtica de les dimensions estructurals i els processos generats per les mateixes. Des d'aquesta perspectiva positiva de la naturalesa activa i en constant transformació del

sistema, alguns autors com Jenny i Bauer (2013) han adoptat un enfocament salutogènic per definir el caràcter actiu i en constant cerca del benestar que caracteritzen les organitzacions.

Tal i com s'ha mencionat en l'apartat 1.12.3, el model salutogènic contextualitzat en el desenvolupament de la salut pública, prioritza una interpretació positiva dels esdeveniments que tenen lloc en la conjunció entre els individus i els entorns en els que aquests es desenvolupen. D'aquesta manera, i de forma convergent amb els principis adscrits a la Carta d'Ottawa (OMS, 1986), el rerefons de les intervencions en promoció de la salut en el context de les organitzacions ha de consistir en la procura d'iniciatives que possibilitin a tots als actors involucrats en l'entramat estructural prendre control sobre les seves accions i actuar en conseqüència.

En aquesta camí revolucionari cap a la transformació conceptual de les organitzacions, Grossman i Scala (1993) sustenten la necessitat de comprendre les dinàmiques i els patrons relacionals que configuren l'organització com a requisit indispensable per introduir estratègies orientades a millorar les condicions de salut de la mateixa. Segons aquests autors, l'objectiu és millorar l'estat de salut del conjunt mitjançant la implementació d'estratègies de canvi planificades i consensuades amb la resta d'agents que configuren el sistema. A tal efecte, per tal d'assegurar la correcta implementació de les accions secundades, prèviament es requereix d'un coneixement clar i compartit dels objectius definits per l'organització, però també de les estructures organitzatives així com de la compulsió d'involucrar els agents polítics per treballar de manera integrada sobre totes les parts del sistema (Davies i Macdowall, 2006). Dit d'una altra manera, per tal d'asseverar en l'esquema saludable dins del nucli organitzacional resulta cabdal disposar d'una representació conjunta de les parts que conformen el sistema en els diferents nivells d'influència i embarcar en l'exercici tots els diferents sectors que l'integren i que donen sentit a la pròpia activitat més enllà dels fins distintius de l'empresa.

En la mateixa freqüència del discurs però amb un major èmfasi en la dimensió social de poder, Green (2016) adverteix sobre les possibles implicacions en les relacions entre actors dins i entre diferents sub-sistemes de l'organització a l'intentar introduir canvis des de l'exterior, car segons l'argument esgrimit per aquest autor, la implementació d'iniciatives de reforma en les estructures del conjunt podria interferir en les percepcions

dels grups que copen una posició jeràrquica més dèbil al ser interpretades per aquests com un intent de legitimar les diferències de poder per part dels directius i els responsables de la institució. Aquesta apreciació reconeguda per altres especialistes com Grossman i Scala (1993), els qui sostenen que per generar transformacions significatives sostenibles en el temps els canvis no es poden introduir en l'organització des de l'exterior, sinó que han de ser progressos planificats i aconseguits per la mateixa entitat, resulta de particular interès en l'atribució de responsabilitats de gestió dins de l'organigrama de l'estructura de la universitat.

En un estudi efectuat en l'espai de l'estratègia dels hospitals saludables, Johnson i Baum (2001) varen realitzar una revisió de la literatura per tal d'identificar les particularitats en les activitats de diferents hospitals que s'organitzaven sota el distintiu d'Hospitals Promotors de la Salut. De la revisió realitzada complementada amb l'aplicació de la tècnica observacional, els autors reportaren l'existència tipològica de quatre hospitals en funció de l'enfocament adoptat per promocionar la salut i, en conseqüència el desenvolupament de l'organització en el seu conjunt: "realització d'un projecte de promoció de la salut"; "ésser un context promotor de la salut"; "delegar la tasca de promoció de la salut a una divisió, departament o agent específic"; "ésser un entorn promotor de la salut compromès amb la millora de l'estat de salut de la comunitat". La tipologia dibuixada per aquests autors, coincideix parcialment amb la proposta descrita per Whitelaw et al. (2001), els qui descriuen cinc tipus de models d'entorns o *settings* en promoció de la salut en funció del grau d'activitat o passivitat dels agents involucrats i de la perspectiva d'anàlisi empleada.

Des d'una altra vessant d'anàlisi, ans no de manera excloent a les contribucions realitzades des dels paradigmes en salut pròpiament, l'estudi de les organitzacions sovint han estat explorades des de l'òptica industrial dels recursos humans. Les teories clàssiques del desenvolupament organitzatiu tendeixen a descriure les organitzacions com màquines que operen d'una manera determinada, estructurada i previsible, en la que cada una de les parts del conjunt és perfectament reemplaçable per una peça amb característiques similars. Com assenyala Pratt et al. (2005), la metàfora de la màquina utilitzada en el segle passat per representar la dinàmica de l'organització és l'expressió jerarquitzada d'un sistema de control estructurat des de les posicions superiors, en la que

l'expressió de canvi en les capes inferiors queda supeditada als processos empresos des dels agents representats.

Endemés de la representació de poder inherent a la naturalesa de l'arranjament, els autors suggereixen que l'organització representada sota la imatge de la màquina és en si mateixa inflexible, invariable a les influències dels elements externs i amb poca capacitat creativa per adaptar-se a les circumstàncies canviants dels entorns externs.

En el present, la majoria de models proposats per analitzar la naturalesa de les agrupacions estructurades de conjunts provenen de les influències originades en l'estudi dels sistemes naturals i artificials. Aquesta distinció ideològica entre categories en funció de la contextualització del sistema ha estat identificada prèviament en aquest mateix capítol quan hem introduït l'adaptació de la proposta de la teoria de sistemes en la gènesi de la salut dins de la universitat.

Actualment les teories desenvolupades per explicar les particularitats de les organitzacions reivindiquen un canvi de paradigma; des de la metàfora de la màquina a l'organització sintetitzada com un complex sistema viu adaptatiu (Kezhavarz et al., 2010; Plsek i Greenhalgh, 2001). Prenent les idees de Wallis (2008), malgrat existeix un marc d'acceptació comú de la capacitat de definir les organitzacions mitjançant la utilització de la metàfora dels sistemes adaptatius complexos, en el present no hi ha una definició clara que agrupi les característiques del mateix sota un mateix model de recerca.

A despit de la manca de consens en el pla teòric, de manera paradigmàtica podríem representar els sistemes complexos com estructures conjuntes que són interdependents i els quals les seves propietats estan regulades per una relació directa de causalitat (Zimmerman et al., 2008). Aquesta aparent inherent alienació de les diferents estructures del conjunt, en el cas dels sistemes socials no responen a la lògica d'un marc comú de referència, ans la naturalesa de les propietats de l'organització queda estretament supeditada a les característiques del context on es posicioni.

De manera similar a la proposta descrita, Sanderson (2006) analitza les implicacions polítiques de l'aplicació de la teoria complexa de sistemes a la concepció de la naturalesa dels sistemes socials i la seva relació amb els processos de transformació tecnològics que determinen el clima d'incertesa de les societats modernes. Preocupat per les dificultats experimentades en la materialització de programes i estratègies polítiques eficaces

sustentades en la volatilitat del mètode científic, Schwandt (2000) reivindica la necessitat moral de reconèixer la importància de produir coneixement pràctic que acosti als professionals de la salut a una major comprensió del caos definit per l'entramat social perquè puguin actuar de manera coherent amb les necessitats del conjunt.

Amb independència de les vicissituds encontrades i de l'heterogeneïtat conceptual d'anàlisi de les organitzacions, l'adopció de l'aproximació dels sistemes complexos resulta particularment interessant per a l'anàlisi de les dinàmiques que s'originen en els diferents sub sistemes del context universitari. Aquesta perspectiva permet identificar i representar els diferents grups que conviuen en constant interacció dins d'un sistema comú i reconeix la influència de les estructures i les relacions de poder dels agents externs en les conductes manifestes dels diferents col·lectius que presenten uns significats i uns valors personals particulars. D'aquesta manera, i amb la voluntat de generar intervencions adaptades a les necessitats prèviament identificades, els resultats observats a priori que resulten d'interès pràctic per als examinadors externs, requereixen prèviament d'un exercici relacional que contextualitzi la naturalesa de les interaccions entre agents i posi de relleu la influència de les estructures que basteixen la universitat en el conjunt de l'esquema compartit.

Alguns dels reptes de futur identificats per Grossman i Scala (1993) en la circumstància del desenvolupament de les organitzacions inclouen la possibilitat que el sistema esdevingui resistent a les intervencions de canvi degut a l'excés d'èmfasi en les pràctiques transformacionals; formular nous canals de comunicació que garanteixin la correcta implementació de les intervencions i redueixi el risc de resistència al canvi; i finalment la importància atorgada pels responsables de l'organització al concepte de salut de la mateixa pot dificultar la instauració d'intervencions orientades a la millora del conjunt. Aquestes adversitats assenyalades, són elements constitutius que defineixen la complexitat intrínseca entre pensament i acció; entre planificació i intervenció, que els diferents col·lectius professionals interessats en el context universitari han d'articular per salvaguardar el valor intrínsecament positiu de les accions que vertebraren els principis fundacionals de la Universitat Promotora de la Salut.

Proposta integradora de Dooris

Una de les personalitats que més ha contribuït a la conceptualització del plantejament conceptual i ideològic de la promoció de la salut basada en els entorns, i en concret en el context de les universitats, ha estat Mark Dooris. Per a aquest autor, el paradigma institucional que representa l'aproximació dels entorns saludables és el producte sustentat en un ampli ventall de teories i plantejaments dispars. A despit de la falta de consens comú detectada entre els professionals, Dooris (2006a, 2009) suggereix que en el pla teòric l'aproximació estratègica del *Settings-based Approach* o l'anàlisi de l'entorn presenta un conjunt de característiques elementals que sintetitzen les diferents contribucions i defineixen el marc operatiu del nou enfocament d'una manera estructurada i interconnectada. Aquestes són: el model ecològic per a la salut, la perspectiva de sistemes i el desenvolupament organitzatiu de tot el sistema.

Model ecològic en promoció de la salut

Des de la perspectiva ecològica en promoció de la salut, aquesta última és definida com el producte de la interacció entre els factors de l'entorn, els elements de l'organització, les característiques personals i les influències dels sistemes de salut. Aquesta matriu de relacions representa un canvi de focus significatiu en la concepció dels problemes de salut; implica traslladar l'interès de la malaltia a una aproximació salutogènica positiva de la mateixa (Antonovsky, 1987).

Perspectiva de sistemes

En tant que la salut és conceptualitzada des de l'aproximació socioecològica com un producte multifactorial, l'entorn on es desenvolupen les interaccions es pot categoritzar com un sistema complex i dinàmic, amb inputs, processos i sortides.

La relació d'interdependència entre els diferents elements conceptuals, és imaginat com una part concreta d'un sistema més ampli on l'entorn exerceix la seva influència sobre els diferents elements dels contextos que interaccionen en un sistema obert (Paton et al., 2005).

Organització de tot el sistema

Finalment, el propòsit últim de les iniciatives en promoció de la salut consisteixen en introduir i gestionar els canvis pertinents dins de les organitzacions amb la finalitat de generar moviment en les seves estructures i aconseguir els objectius pretesos per les mateixes. Dit d'una altra manera, mitjançant la identificació dels agents i les estructures que defineixen un entorn, com pot ser la universitat, els responsables de la planificació i la gestió poden representar les dinàmiques que defineixen el sistema i modificar així els aspectes perniciosos per al benestar i la salut dels membres que la integren.

Les característiques assenyalades per Dooris (2006b), exemplifiquen de forma sintètica les particularitats teòriques generalistes d'un plantejament polític més ampli. L'exercici cognitiu disposat per aquest autor, és desenvolupat i concretat en accions específiques en el model *Healthy Settings* presentat de forma esquemàtica en diversos treballs (Dooris, 2004, 2009). Les característiques del model representat es poden sintetitzar en els punts següents:

- Presenta una aproximació multidisciplinària arrelada en la perspectiva socioecològica de la salut,
- En la base del plantejament es posicionen els valors d'equitat, participació, sostenibilitat subratllats en la Carta d'Ottawa (OMS, 1986),
- Combina la visibilitat dels projectes particulars amb la recerca del desenvolupament organitzatiu en el sentit més ampli,
- El marc d'acció es sustenta en l'equilibri entre el compromís polític (*top-down*) i l'acció participativa i l'apoderament dels receptors (*bottom-up*),
- La promoció de la salut com a estratègia i mitjà instrumental per millorar les condicions de vida de la població requereix de la combinació del suport de l'agenda política pública i de l'acció de les institucions i empreses locals.

La proposta integradora de l'esquema fenomenològic desgranada per Dooris en forma de representació abstracta i conceptual, exemplifica la heterogeneïtat que caracteritza l'aproximació salubrista als contextos on les persones viuen, treballen i juguen.

Malgrat l'evidència demostrada en estudis empírics (Dooris, 2006b), l'enfocament dels entorns presenta una sèrie de reptes i limitacions a considerar en la seva implementació.

En primer lloc, Dooris (2006b) es lamenta de la preeminència per l'interès en centrar les accions a combatre els factors de risc i les malalties concretes, en comptes de focalitzar la intervenció en el context en el seu conjunt.

En un segon punt, l'autor identifica el problema de la variància conceptual i la diversitat pragmàtica com a obstacle per a la construcció de significats conjunts.

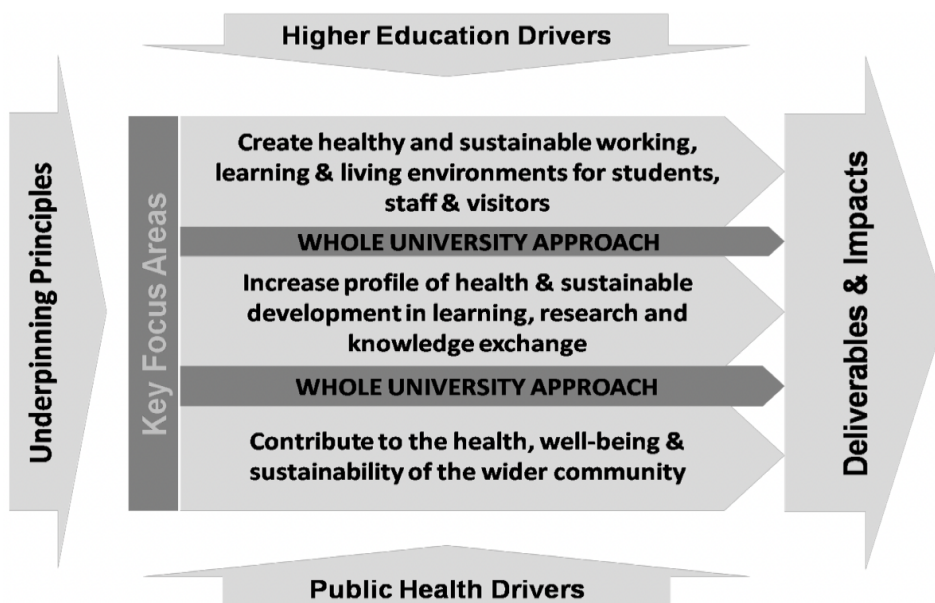
Finalment, la complexitat d'actors i de teories que defineixen l'aproximació holística als problemes concrets de l'organització dificulta en gran mesura l'avaluació de les estratègies implementades des d'una perspectiva integral del sistema.

Tot i les dificultats entroncades en la conceptualització d'un marc teòric homogeni característic de l'aproximació dels entorns saludables, l'exploració crítica dels preceptes teòrics ha propiciat la creació d'un nou corpus de coneixement específic amb unes regles estilitzades i particulars. En aquest sentit, el desenvolupament del moviment d'universitats promotores de la salut s'ha beneficiat de les aportacions referides en altres contextos, en especial les sorgides en l'entorn escolar (Lee et al., 2020; Weare, 2001).

Com a part d'un projecte finançat pel departament de salut, la *Royal Society for Public Health* (RSPH) va encarregar a la Universitat Central de Lancaster, en col·laboració amb la Universitat Metropolitana de Manchester, articular un model d'universitats saludables mitjançant l'aplicació de les propietats de l'aproximació dels entorns i adaptat a les característiques de les institucions educatives superiors. Com a resultat de la consulta popular i el treball longitudinal realitzat per la Universitat Central de Lancashire (UCLan) des de la formulació de la primera estratègia d'universitat saludable l'any 1995 (Tsouros, 1998), Dooris et al. (2010) han formulat una proposta integradora representada gràficament en la Figura 6.

Figura 6

Model d'universitat saludable



Nota. Extret de l'informe de Dooris et al. (2010, p.2) titulat "Healthy Universities: Concept, Model and Framework for Applying the Healthy Settings Approach within Higher Education in England.

El disseny conceptual d'universitat saludable plantejada inicialment per Dooris et al. (2010) assumeix en primer lloc una estratègia d'aproximació holística de tot el sistema. Això és, el context universitari definit mitjançant la inclusió de totes les seves dimensions estructurals, inclosos els principis fundacionals i la visió ètica de la institució.

En el centre del model simplificat hi ha escenificat l'aproximació integral a l'anàlisi de la universitat. Això implica que la universitat saludable (respectant el terme proposat per l'autor) esdevé el conjunt integral d'anàlisi, i no un espai determinat en el qual focalitzar les intervencions en promoció de la salut. En segon lloc, l'organització conceptual de l'agent universitari com a estructura activa interdependent està interconnectada amb l'acció col·laborativa i el diàleg sistèmic entre els responsables de la universitat i els agents en salut pública que es troben fora del context pròpiament. La incorporació de la figura dels especialistes en salut és cabdal en l'assumpció d'un pacte conjunt per elaborar activitats que modelin la capacitat del context per esdevenir un espai saludable i promotor del benestar i de la salut dels membres que abraça.

Així mateix, de manera coordinada amb les sinèrgies institucionals i els representants en matèria de salut, la universitat saludable requereix d'una aproximació estructurada i sistemàtica per part dels responsables del programa als diferents components que integren de manera interdependent el conjunt de la parcel·la que caracteritza la universitat com a un únic context. Aquestes activitats introspectives assenyalades per la cúpula de govern, han d'incorporar i responsabilitzar-se de manera equitativa de les diferents necessitats detectades pels membres de la comunitat, amb l'objectiu últim de contribuir de manera activa i conscienciada a la millora de les particularitats del context per fer de la universitat un espai promotor de la salut i respectuós amb els desafiaments individuals, però també col·lectius i socials com ara la procura de benestar mitjançant la promoció de la recerca i l'adopció de mesures institucionals més sostenibles i respectuoses amb els reptes mediambientals.

En aquest sentit, l'organització conceptual de l'agent universitari en totes les seves dimensions requereix d'una estructura de govern clara i compromesa amb la causa designada, elements del compromís que s'han de veure reflectits en els principis i els plans de treball de la institució. Seguidament, la voluntat consistorial de conceptualitzar el context universitari com un entorn saludable s'ha de veure reflectida en l'adopció de plans i estratègies de treball conjuntes i específiques entre els diferents sectors implicats, incloent-hi la participació de l'estudiantat i les dels diferents col·lectius de treballadors i treballadores.

L'establiment de prioritats, el disseny de responsabilitats, la detecció de les necessitats, la implementació de programes de monitoratge i la realització d'avaluacions són algunes de les accions requerides per contribuir a l'intercanvi constant d'informació i poder continuar estimulant la transformació cap a l'establiment d'un nou paradigma en el que la universitat més enllà de respondre a les obligacions purament acadèmiques, esdevingui un actor important en la construcció de l'estat de salut de la població així com un aliatge clau i estratègic per combatre els desafiaments més amplis plantejats en el teixit social.

1.13. El Moviment d'Universitats Promotores de la Salut

Abans de centrar els esforços en descriure els treballs desenvolupats per analitzar la capacitat de la universitat per esdevenir un agent promotor de la salut, és imperatiu dedicar unes línies a l'aclariment de la terminologia emprada, tant en la literatura, com en el nostre treball. En aquest sentit, dos dels autors que més han incidit en la configuració dels processos socials són Berger i Luckmann (1968) amb la seva obra "*La construcció social de la realitat*". La posició que mantenen els autors al llarg de la seva activitat, pot ser concebuda com l'evidència empírica de la fenomenologia de sociòlegs com Mead (1934), Schutz (1974) o Durkheim (2016). Per a aquests autors, el llenguatge és el vehicle comú que permet objectivar i compartir les experiències que es presenten en el transcurs de les obligacions quotidianes. És a dir, en tant que recurs necessari per a la convivència social, l'efecte del seu ús en les interaccions socials esdevé un modulador tant de les estructures que organitzen el coneixement com de la representació cognitiva que es formula en l'individu, sobre ell mateix i de l'entorn que l'envolta. Prenent com a punt de partida aquesta premissa originada en la teoria de l'interaccionisme simbòlic, la forma en com la literatura conceptualitza el constructe d'interès: "Universitats saludables" o "Universitat Promotora de la Salut", exercirà la seva influència de formes polièdriques afavorint l'articulació de significats dispersos.

Aquest polimorfisme lingüístic que se li atribueix *a priori* a la sensibilitat del llenguatge, és en el cas de les universitats saludables o Universitats Promotores de la Salut un producte de les diferències culturals i les pretensions propagandístiques del moment. El moviment d'universitats saludables sorgeix a la dècada dels anys 90 a Europa com a conveniència d'un procés de revitalització del nou paradigma ecològic en promoció de la salut basat en les característiques de l'entorn (Tsouros, 1998). L'adopció del concepte "*Healthy Universities*", en anglès, per referenciar l'entorn universitari de forma exclusiva pot ser interpretada com un intent operatiu de transformació de les estructures i funcions de la universitat vers els problemes de salut més amplis. En aquest sentit, els projectes primerencs dissenyats en l'esfera local al Regne Unit, es van nodrir de les iniciatives promulgades sota l'estratègia d'entorns saludables i van comptar amb el recolzament de l'Oficina Regional de l'OMS a Europa qui, com a mecanisme institucional per reforçar el canvi de rumb en la cosmovisió de les funcions de la promoció de la salut, estava adoptant des de la declamació de la Carta d'Ottawa l'any 1986. Com recorda John Ashton

(1998) sobre els inicis polítics del moviment saludable, un dels primers intents per operacionalitzar la nova concepció en promoció de la salut va esdevenir en el projecte “*Healthy Cities*” o ciutats saludables. L’aprofitament del constructe “*healthy*” o “saludable” com a antesala de l’entorn al qual es pretén dirigir la intervenció, és un article institucional que potencia les particularitats inherents a cada context, així com les intencions i els objectius de la nova orientació inspirada en l’acció.

És en aquesta conjuntura de transformació generalitzada a la dècada dels anys 90, quan el govern britànic adopta l’estratègia nacional “*The Health of the Nation*” (Department of Health, 1992)¹⁴, un programa de treball que esdevingué la legitimació política dels preceptes teòrics anhelats per la nova promoció de la salut (Dooris, 2001). La promulgació d’aquest document institucional l’any 1992, representa la primera política moderna orientada a millorar la salut general de la població britànica emfatitzant la importància de la promoció de la salut com a estratègia nuclear incorporada en els serveis nacionals de Salut per atendre a les cinc àrees d’accions prioritàries identificades en el preludi del document: (1) malalties cardiovasculars; (2) Càncer; (3) Accidents; (4) Malaltia mental; (5) HIV/AIDS i salut sexual.

En el cas particular del context universitari, el moviment d’universitats saludables va quedar significativament influenciat per les intervencions precedents centralitzades en altres entorns, sobretot aquelles introduïdes en l’àmbit escolar (Weare, 2001). No obstant això, la celebració d’una conferència internacional en promoció de la salut basada en els entorns saludables a mitjans dels anys 90 (Theaker i Thompson, 1995) va galvanitzar les iniciatives originals de les universitats de Lancaster i la UCLan, i va catalitzar la implicació de l’Oficina Regional de l’OMS a Europa en forma d’una taula de treball i la celebració d’una Conferència Internacional que resultaria en la publicació de la primera obra de referència en la matèria *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for Action* (Tsouros et al., 1998), la qual proposa i desenvolupa un marc estratègic d’acció i implementació per a la projecció de noves iniciatives nacionals i internacionals en el context del projecte de Ciutats Europees Saludables.

¹⁴ L’estratègia de salut al Regne Unit “*The Health of the Nation*” o salut de la nació adoptada l’any 1992, va representar un punt d’inflexió en la conceptualització i la viabilitat operativa dels projectes concebuts des de l’aproximació salubrista dels entorns saludables. Com enuncia John Ashton (1998), l’aprovació de l’estratègia per part del ministeri de salut va permetre la implementació amb garanties dels projectes i les propostes resultants del treball teòric, “la qual propugnava específicament l’acció a les cases, les escoles, les ciutats, els hospitals” (p.7).

1.14. La Universitat com a entorn promotor de la salut

Coincidim amb Wenzel (1997) quan afirma que encara no hem sigut capaços de realitzar descripcions realistes dels entorns que repensem com espais imprescindibles per al desenvolupament de les condicions de vida propícies per a la salut. Si bé en la última dècada el nombre de propostes desenvolupades sota el paraigües de la “universitat saludable” o “Universitat Promotora de la Salut” ha experimentat un augment d’interès per part d’un sector específic de la comunitat científica internacional, les oportunitats d’implementació pràctiques de les bases conceptuals del treball original¹⁵ (Tsouros et al., 1998) requereixen de major comprensió. En un exercici expositiu de la implementació operativa de les bases ressenyades en el marc d’acció de les universitats saludables, Sirakamon et al. (2017) i més recentment Suárez-Reyes et al. (2016, 2021) i Sedghi et al. (2023) coincideixen en la necessitat de considerar els factors socials i culturals en la traducció de les bases teòriques al projecte institucional.

Així mateix, a la primera de les consideracions de caràcter més operatiu anotades per Wenzel (1997), cal destacar la dissonància assenyalada pel mateix autor respecte a “la promoció de la salut en el context universitari” i el valor del terme “Universitat Promotora de la Salut”. Al nostre albir, la utilització d’un terme o altre porta implícites un conjunt de consideracions lingüístiques que requereixen d’un major grau de discussió, tant lingüística com estructural, per part dels estudiosos de la implementació de l’estratègia dels entorns saludables al context universitari en el seu conjunt. Algunes de les implicacions hipotètiques conjurades en l’adhesió d’ambdues partícules terminològiques ja les hem assenyalat en aquest treball a propòsit de l’aportació reflexiva suggerida per Martínez-Riera et al. (2018) i les diferències semàntiques reconegudes per Dooris (2006a). Paral·lelament, i sense adoptar un posicionament intel·lectual al respecte ans que de manera explícita en el relat, alguns autors com Dooris et al. (2020) han reconegut en les seves aportacions particulars l’ús indiferent d’ambdós mots.

¹⁵ En el text ens referim al treball original de la proposta desenvolupada per part d’un conjunt d’universitats britàniques amb el suport de l’Oficina Regional de l’OMS a Europa. En aquest nucli, la personalitat que més ha treballat el concepte d’Universitat Promotora de la Salut ha estat Mark Dooris (1998, 2001, 2002, 2022); Dooris i Martin (2002) i Dooris et al. (2010).

Amb tot i amb això, aquestes i d'altres qüestions afins seran tractades a continuació amb l'objectiu d'emmarcar les contribucions teòriques nuclears del moviment d'Universitats Promotores de la Salut en l'arena de la reflexió i l'evidència més recent.

1.15. Universitat saludable o Universitat Promotora de la Salut: conceptes i definicions

Universitats saludables o Universitats Promotores de la Salut? en l'avantsala d'una resposta convincent, les propostes teòriques de Dooris (1998, 2001) i Beattie (1998) presentades en aquesta secció ens permeten enquadrar una part de l'aproximació empírica al fenomen d'estudi. No obstant, tot i les ressenyes conceptuais evidenciades, la persistència sistemàtica en l'activitat investigadora d'un fenomen digne d'estudi de la lingüística o la fenomenologia: *universitats saludables o universitats promotores de la salut?*

Tal i com ho expressa Sarmiento (2017), la terminologia utilitzada per descriure la incorporació del compromís vers la promoció de la salut en el context universitari i en les institucions d'educació superior està estrictament condicionada al context geogràfic. Mentre que en països del continent europeu i d'Amèrica Llatina es sol fer ús del terme "Universitat Promotora de la Salut", en altres regions com a Nord Amèrica o al Regne Unit és més habitual l'adquisició del terme "campus saludable" o la "comunitat del campus saludable". En l'exercici constructiu de l'estructura teòrica del mòbil d'interès, i com a pretext per continuar analitzant les implicacions del Moviment d'Universitats Promotores de la Salut, en primera instància, ens resulta interessant analitzar de quina manera la utilització d'un terme o un altre pot compartir nocions etiològiques similars per referir a les característiques conceptuais d'una mateixa estratègia. Sense la intenció propedèutica d'establir discrepàncies o analogies entre l'assignació de vocables, en els pròxims paràgrafs es presenten una sèrie de definicions que al nostre entendre, representen de manera explícita algunes de les prestacions ideològiques consubstancials del Moviment d'UPS.

Allunyats de la indagació de respostes pròpies de la pràctica de la lingüística, Martínez-Riera et al. (2018) assenyalen l'ús indistint que es fa dels termes *universitats saludables* i *universitats promotores de la salut*. Per a aquests mateixos autors les diferències entre l'ús d'un substantiu o d'un altre es pot resoldre en termes operatius. Mentre que el concepte “universitats saludables” profereix a un estat utòpic, el concepte “d'universitats promotores de la salut” refereix a la voluntat de les institucions per desenvolupar accions concretes en promoció de la salut que permetin generar un estat objectiu de salut i de benestar. D'alguna manera l'estat últim al qual refereix el terme “saludable” és el component estàtic d'un procés transversal que engloba teories, formes concretes d'acció, valors, etcètera, el qual anomenarem “Universitats Promotores de la Salut”.

En termes pràctics, Martínez-Riera et al. (2018) assenyalen les diferències entre l'ús d'un substantiu o d'un altre. Per als autors, i per a nosaltres també, el concepte “d'universitats promotores de la salut” refereix a la voluntat de les institucions per desenvolupar accions concretes en promoció de la salut que permetin generar un estat objectiu de salut i de benestar. Mentre que l'adopció del terme Universitat Saludable dilueix la voluntat participativa integrada en el concepte i remet al context universitari com un entorn passiu en el que s'hi desenvolupen accions per promocionar la salut dels membres que la integren sense capacitat operativa.

Una definició que recull de forma explícita les funcions que se li atribueixen a les UPS la trobem en el treball d'Arroyo i Rice (2009), els quals desenvolupen una concepció general orientada a la pràctica de les mateixes.

El concepte d'Universitats Promotores de Salut fa referència a les entitats d'educació superior que fomenten una cultura organitzacional orientada als valors i els principis associats al moviment global de la Promoció de la Salut, i es constata a través d'una política institucional per a la millora continua i sostinguda de les accions en promoció de la salut. (p.3)

En la mateixa línia conceptual que la definició anterior, Muñoz i Cabieses (2008) es refereixen a la Universitat Promotora de la Salut com:

Aquella que incorpora el foment de la salut en el seu projecte, amb la finalitat de propiciar el desenvolupament humà i millorar la qualitat de vida d'aquells que en ella estudien i treballen, influenciant així en els entorns laborals i socials. D'aquesta manera promou coneixements, habilitats, i destreses per a la implementació d'estils de vida saludables en la comunitat universitària. (p.140)

Una altra definició que incideix en el potencial de les universitats per transformar les estructures socials mitjançant l'exercici responsable de les activitats promotores de la salut la trobem en la proposició formulada per Lange i Vio (2006), els quals plantegen el següent:

Les Universitats Promotores de Salut / Institucions d'Educació Superior són aquelles que es comprometen amb la creació d'un entorn i una cultura que fomenti la salut i el benestar integral dels membres que la componen: estudiantat, acadèmics i funcionaris. Per aconseguir-ho, les universitats compromeses amb aquesta meta incorporen aquest concepte en les seves polítiques institucionals, en el seu entorn (inclou estructures i processos) i també en les malles curriculars implícites i explícites. (p.10)

En el document de treball de la *Red Española de Universidades Promotoras de la Salud* (2017), la universitat promotora és concebuda de forma explícita des d'una perspectiva positiva en salut. D'aquesta manera, la capacitat de la institució per fomentar la qualitat de vida dels membres que la integren, depèn del coneixement de la mateixa sobre els elements particulars que la conformen. En la formulació citada a continuació, la influència teòrica de la perspectiva salutogènica (Antonovsky, 1979) i el Model d'Actius en Salut (Morgan i Ziglio, 2007) són borralls intel·lectuals que representen l'essència de la revolució paradigmàtica procurada per la nova promoció de la salut.

A aquella institució que de forma continua està millorant i intervenint sobre aquells factors que determinen el seu ambient físic i social, facilitant l'accés i potenciant els recursos comunitaris que permeten als seus membres realitzar totes les seves funcions vitals i auto-desenvolupar-se fins al seu màxim potencial des d'una perspectiva de suport mutu. (p.2)

Prenent en consideració les diferències observades entre els conceptes “universitats saludables” i “universitats promotores de la salut”, en el present treball ens referirem formalment al moviment d’Universitat Promotora de la Salut per descriure l’essència holística del procés en el seu conjunt. En aquest sentit, com veurem en els apartats següents, les propostes teòriques de Dooris (1998, 2001, 2006b) ens ajudaran a conceptualitzar i delimitar les característiques i funcions del fenomen d’estudi en tant que formulacions teòriques precursors de l’anàlisi d’aquesta estratègia en vies de desenvolupament.

1.16. El Moviment d’Universitats Promotores de la Salut: desenvolupament i tractament del concepte

En el moment de desenvolupar el plantejament conceptual formulat en la part empírica d’aquesta tesi, el citat informe i els múltiples treballs de Mark Dooris (1998, 2001, 2002, 2006b, 2009) han resultat capitals. Com es desprèn de la revisió de la literatura efectuada per Sweeting et al. (2021), la gran majoria de les publicacions divulgades en la confluència de l’entorn universitari i les funcions de la promoció de la salut han estat divulgades per aquest teòric i acadèmic britànic. Aquesta preeminència en l’exercici de recerca per part d’un únic autor ens permet advertir algunes reflexions estretament relacionades amb la capitalització de coneixement, així com de l’interès internacional més enllà de les terres britàniques sobre el punt d’anàlisi en el que es troba el fenomen d’interès, circumscriuint i limitant la conceptualització de tota una estratègia a un cercle d’influència clarament delimitat per una perspectiva.

Malgrat les possibles limitacions derivades de la pràctica unilateral de producció de coneixement (Bennet i Gadlin, 2012) assenyalada en la revisió, els resultats existents en la literatura són, recuperant la terminologia de l’article original, “el mapa de ruta” (Sweeting et al., 2021, p.18) de les pràctiques institucionals en l’adopció dels principis salubristes i la seva aplicació en la realitat concreta que representa la universitat.

Després d’aquest parèntesi clarificador sobre l’estat de l’art i el monopoli intel·lectual que el caracteritza, ens els següents paràgrafs procedirem a l’exposició de les aportacions teòriques nuclears que defineixen de forma específica les particularitats del context universitari. En aquest sentit, els resultats obtinguts en el projecte inspirador de la UCLan,

resten en una posició central en l'anàlisi de la configuració teòrica de la universitat com a entorn específic on desenvolupar activitats de promoció de la salut.

En l'informe publicat per l'OMS que pretén servir com una guia per a la implementació de projectes relacionats amb la promoció de la salut en el context universitari, Tsouros et al. (1998, pp.122-123) sostenen que l'aproximació dels entorns saludables té el potencial de millorar la contribució de les universitats com a agents promotors de la salut de la població de diverses maneres:

- Les universitats són grans institucions on moltes persones viuen i experimenten diferents aspectes de la seva vida: són un lloc d'aprenentatge, de treball, és un espai de socialització on les persones gaudeixen del seu temps d'oci, i en alguns casos, fins i tot algunes persones fan ús d'una àmplia gamma de serveis com per exemple l'allotjament, la restauració i el transport.
- Les universitats acullen un gran nombre d'estudiants que són o seran i es professionals i responsables polítics amb capacitat d'influir i canviar les condicions que afecten la salut dels altres membres de la societat. Desenvolupant conjuntament el currículum acadèmic i la investigació, les universitats poden augmentar el compromís per a la salut d'un gran nombre d'individus qualificats i educats de disciplines disperses per afrontar les necessitats professionals del present i del futur.
- Com a actors principals dins de la comunitat, les universitats tenen l'oportunitat d'exercir com a model exemplar de les bones pràctiques en temes de salut, i utilitzar la seva influència per afavorir la salut de la comunitat a nivell local, nacional i internacional.

Atenent a les hipotètiques prestacions que li són atribuïdes a les institucions d'ensenyança superior com a entorns promotors de salut, els mateixos autors identifiquen de forma específica tres àrees que poden esdevenir beneficiàries de l'anàlisi de la salut centrat en l'entorn. Aquestes són:

- I. Fomentant la creació de condicions saludables en els entorns de treball, d'aprenentatge i de vida tant dels universitaris com dels empleats de la universitat.
- II. Incrementar el compromís envers els temes de la salut en les activitats de docència i investigació.

III. Desenvolupar aliances per a la promoció de la salut i la divulgació a la comunitat.

A través de les nombroses dimensions que defineixen les característiques de la universitat com a entorn particular d'anàlisi, podem inferir la complexitat de factors i estructures que interactuen i influeixen l'estat de salut i de benestar de les persones que la integren. També resulten salients, a través dels aspectes claus, l'heterogeneïtat de funcions que engloba més enllà de les obligacions estrictament acadèmiques. Les potencialitats i els beneficis assenyalats inherents a l'estructura particular que defineix la universitat com a context promotor de la salut es poden explorar mitjançant la consecució d'un seguici d'objectius propis de les UPS. En aquest sentit, Dooris (1998, p.106) realitza una proposta original de metes i objectius resultant del projecte exploratori de la UCLan.

Metes:

- Integrar en les estructures, processos i cultura de la universitat un compromís per a la salut i el desenvolupament del seu potencial promotor de la mateixa.
- Promoure la salut i el benestar del personal, l'estudiantat i la comunitat en general.

Per a la consecució de les metes establertes, l'autor proposa una sèrie d'objectius específics que conformen l'agenda per a l'acció:

- Integrar el compromís i la visió de la salut en els plans i les polítiques de la universitat.
- Desenvolupar un concepte d'universitat d'entorn de treball saludable.
- Recolzar el desenvolupament personal i social de l'estudiantat des d'una perspectiva saludable.
- Fomentar la creació d'entorns sostenibles i promotors de la salut.
- Augmentar la comprensió, el coneixement i el compromís de la promoció de la salut des d'una concepció multidisciplinària de la mateixa i en tots els departaments i facultats de la universitat.
- Impulsar la promoció de la salut dins de la comunitat.

En la mateixa línia de treball de les propostes inicials i ratificant els principis plasmats en documents institucionals anteriors, “*la Carta d’Okanagan: una carta internacional per a les universitats promotores de la salut*” signada el juny de l’any 2015, recull els principis per a la pràctica efectiva en els campus universitaris (Okanagan Charter, 2015, pp.9-10):

- Utilitzar aproximacions basades en l’entorn que prenguin en consideració les característiques del sistema.
- Garantir l’ús d’aproximacions integrals i comprensives amb el campus universitari.
- Fer ús de les aproximacions participatives i considerar les opinions de l’estudiantat i els altres membres de la comunitat.
- Desenvolupar col·laboracions transdisciplinars i aliances intersectorials.
- Promoure la recerca, la innovació i l’acció informada basada en l’evidència.
- Utilitzar la influència de les aproximacions salutogèniques i els actius en salut per reconèixer les fortaleces i afavorir la creació d’oportunitats per a la millora continua de l’estat de salut i el benestar al campus.
- Promoure la promoció de la salut a través de la comprensió dels contextos i prioritats de les comunitats locals i indígenes.
- Actuar sobre el dret a la salut consagrat en la declaració dels drets humans per garantir que l’acció de promocionar la salut incorpori els principis de justícia social, equitat, dignitat i respecte a la diversitat.

El consens refermat vers les àrees d’acció i els principis descrits en la Carta d’Okanagan, representa un intent formal de mobilitzar el discurs intersectorial cap a l’acció integrativa de la salut en tots els aspectes de la cultura, les polítiques i les pràctiques pròpies del campus universitari. Abans de continuar amb la descripció dels elements teòrics fonamentals que caracteritzen i configuren les universitats com a nucli d’anàlisi concret, convé destacar alguna de les fites institucionals que han marcat el rumb del moviment fins als nostres dies. Com s’ha assenyalat de forma reiterativa en el present treball, la Carta d’Ottawa (OMS, 1986) simbolitza el catalitzador de la nova concepció en promoció de la salut per considerar la importància de l’entorn en la de l’estat de salut de les persones. En aquesta línia de pensament crític, la Declaració de Sundsvall (OMS, 1991) i la Carta de Bangkok (OMS, 2005) ratifiquen la necessitat de concebre noves estratègies

per abordar els problemes de salut al món des d'una òptica integradora de les transaccions quotidianes que mantenen els individus amb els entorns que els envolten.

En el cas concret de les universitats, és tan sols una iniciativa més del treball que ve realitzant l'Oficina Regional de l'OMS a Europa des de la dècada dels vuitanta sota el paraigües "entorns saludables". En l'exercici integrador de les polítiques institucionals en salut pública i els projectes locals de promoció de la salut en el context universitari, l'any 2003 es celebra a Xile el I Congrés Internacional d'Universitats Promotores de la Salut. Com a producte del II Congrés Internacional d'UPS celebrat a Alberta, sorgeix la *Carta d'Edmonton per a Universitats Promotores de la Salut i Institucions d'Educació Superior*. En el document s'assenyalen "els objectius de Desenvolupament del Mil·lenni" (OMS, 2000) com a memòria normativa de les pràctiques universitàries. Així com l'establiment d'un marc conceptual comú i les metes i els principis de la iniciativa.

En el context europeu, seguint les referències del treball pioner de Tsouros (1998), l'any 1996 es va celebrar a Lancaster la *I Conferència Internacional sobre Universitats Promotores de la Salut*. Un any més tard, l'OMS va establir una taula de treball amb l'objectiu de fixar els criteris i les estratègies necessàries per a la creació d'una *Xarxa Europea d'universitats promotores de la salut*. A partir dels resultats i les experiències empíriques de les Universitats de Lancaster i la Universitat Central de Lancashire, i el desenvolupament d'un marc estratègic centrat en l'estratègia dels entorn saludables, Agis Tsouros (1998), amb el suport de l'Oficina Regional Europea de l'OMS i la col·laboració directa d'alguns dels responsables d'universitat del Regne Unit fa públic el manual *Health Promoting universities: Concept, experience and framework for action*, treball de referència des de la seva publicació i al qual ens hem referit en nombroses ocasions en aquest treball per a la constitució del present marc teòric.

Basat en el marc operatiu desenvolupat en el context penitenciari (Squires i Strobl, 1997), Ashton (1998), suggereix la contemplació de cinc paràmetres elementals per al disseny i la planificació de projectes dins de la universitat com a escenaris particulars dins de l'aproximació salubrista basada en els entorns saludables. Aquests són:

La demografia

Per a l'efectiva intervenció és necessari conèixer les característiques, els valors culturals i els factors de risc de la població universitària. La línia base del coneixement demogràfic dels membres que integren la mostra d'anàlisi és un element crucial per detectar les necessitats i el posterior plantejament instrumental.

L'entorn construït

Moltes persones passen gran part de la seva jornada laboral i del seu temps en edificis. Les característiques dels entorns construïts són elements importants a considerar per contrarestar els efectes produïts pels factors intrínsecs de l'edificació que poden afectar la salut i el benestar dels individus que la integren. L'accés als recintes, la qualitat de l'aire, el consum energètic o el tipus de materials utilitzats per a l'edificació són factors que de forma més o menys directa o inconscient poden impactar sobre l'estat de salut de la comunitat.

Cultura organitzacional

Per ser eficaços, els projectes basats en l'entorn han d'entendre, treballar, i buscar els mecanismes per modificar els valors culturals de la institució quan sigui necessari.

Aspectes sanitaris

Com qualsevol altre entorn, les universitats tenen aspectes sanitaris que afecten de forma particular a la població que la defineix. La identificació i l'anàlisi dels problemes específics de salut de la comunitat universitària són el principal centre d'atenció del treball de promoció de la salut. Alguns exemples són la contracepció, les lesions esportives o el consum de substàncies psicoactives.

Relacions amb la comunitat

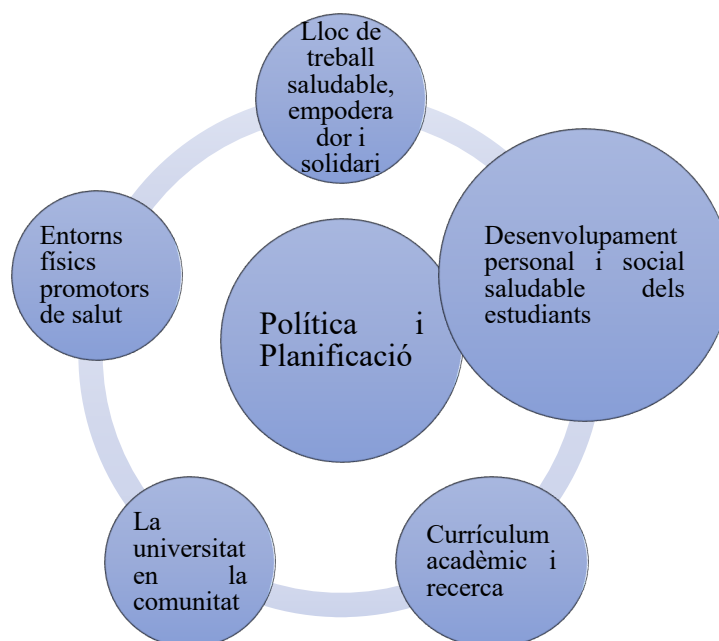
La relació de la universitat amb la seva comunitat és un component essencial del projecte. En aquest sentit, és rellevant preguntar-se quina és la posició que ocupa la universitat en

relació amb la mateixa, i si les funcions que desenvolupa esdevenen un recurs per als membres que la integren.

En la descripció de l'estudi de cas de la Universitat Central de Lancashire, Dooris (1998, p.107) assenyala de forma gràfica les àrees prioritàries d'acció sobre les quals s'haurien de dirigir els plans i les polítiques universitàries per promoure la salut en tot el sistema. Totes aquestes nocions queden representades de manera il·lustrativa en la Figura 7.

Figura 7

Àrees prioritàries de treball de la Universitat Promotora de la Salut



Nota. Àrees prioritàries de la Universitat Promotora de la Salut. Adaptat del treball de Dooris (2001, p.54). És una adaptació de la proposta original (Dooris, 1998, p.107).

Com veurem amb més detall quan discutim la ideació pragmàtica de la proposta teòrica de les àrees d'acció, en tot el treball de Dooris (2001, 2006b, 2009) la universitat des del paradigma dels entorns saludables ha estat conceptualitzada des d'una perspectiva socioecològica de sistema. És a dir, els resultats que en el context universitari es produeixen són entesos com el producte resultant d'un procés actiu d'entrades, processos i sortides, en el que les diferents parts involucrades exerceixen un paper modulador de les transaccions originades en l'entorn.

Des d'aquesta perspectiva de gestió i coordinació de la universitat com a organització, Beattie (1998) elabora una taula de quatre entrades amb les variables de treball a

contemplar en l'anàlisi estructural de les polítiques de promoció de la salut. La proposta efectuada en la descripció de l'estudi de cas del *College St. Martin de Lancaster*, un altre dels centres pioners en la promoció de la salut, pot ser concebuda com un intent d'operativitzar de forma més concreta la formulació efectuada per Dooris a partir de l'estudi de cas de la UCLan (1998, 2001).

Com el propi Alan Beattie (1998, p.46) reconeix, la taula projectada segueix una estratègia "d'oportunisme intencionat". Aquesta forma de coordinació i de maniobra d'accions, presenta una sèrie d'implicacions per al disseny i la implementació de les propostes d'intervenció. La proposta queda exemplificada en la Taula 3.

Taula 3

Quadricula de Beattie adaptada a la UPS

	Courses	Services	Facilities	Policies
Health information and advice-giving to reflect individual behaviour	Talks, films and seminars on health risks, such as stress, smoking and HIV/AIDS	Exhibitions and events and information packs on current health topics	Space and resources for health education and preventive action	Whole-campus policies on individual risks such as smoking, stress and personal safety
Personal counselling for health to support life review and self-empowered change	Discussions and role play on peer pressures and social skills in health such as sex and HIV, drugs, etc.	Opportunities and support for self-review and self-help	Facilities for self-help and group activity	Policies to support staff who need to adapt to new rules and codes such as those related to smoking
Administrative action for health to reform regulatory systems	Assignments and projects that explore and assess the health profile of the university	Channels for information exchange about issues related to being a healthy university	Design, labelling, sign-posting and way-finding to support the healthy campus idea	Fully worked out university policies and rules on health agreed with students and staff
Community development for health to identify common ground and facilitate joint action	Programmes of adult and community health education and of local outreach	Meetings, forums, fairs and street events to open up debate and decision-making on a health agenda across the university	Provision for dual and multiple use of space and resources: a healthy university is an open university?	Explicit and open structures for policy-making on health as an aspect of the corporate ethos and quality of life

Nota. Extreta del treball de Beattie (1998, p.47).

En primer lloc, el grau de cenyiment il·lustrat en la configuració instrumental de les accions específiques representa un intent d'integrar la crítica existent en la literatura sobre la científicitat en l'elaboració i implementació d'estratègies d'intervenció (Lindblom, 1973) sota un marc d'anàlisi comú. En aquest sentit, l'estratègia oportunista de la qual ens parla Beattie no refereix a l'establiment d'un únic model estàtic o esquema d'anàlisi general, sinó que evoca una gradació a diferents nivells de les estructures identificades en la universitat com a organització, així com la multiplicitat de fronts d'entrada i oportunitats de dirigir la intervenció des de diferents angles. Mentre que al mateix temps, assegura que totes les iniciatives específiques proposades en la taula, puguin ser revisades dins d'un sistema auditor sistemàtic transversal.

En el prefaci de la guia *Universitats Promotores de la Salut*, Booth i Richtie (1998, p.III-IV) assenyalen que la clau de qualsevol iniciativa de promoció de la salut en el context universitari és el compromís per entendre i incorporar els aspectes relacionats amb la salut sostenible a tots els nivells de l'organització. Dita cobertura institucional dels principis teòrics vers l'acceptació pràctica porta implícits un conjunt de variables a complimentar per a la correcta implementació de les propostes d'intervenció. Aquestes són:

- En tant que institucions amb proporcions elevades, les universitats poden incorporar el compromís vers la salut en la seva cultura, les estructures i les pràctiques organitzacionals.
- Les universitats són centres que acullen a un gran nombre de persones. Mitjançant les polítiques operatives, de comunicació i els estris de gestió poden promoure accions per afavorir el benestar del personal i de l'estudiantat.
- Com a centres creatius, d'aprenentatge i d'investigació, les universitats tenen el potencial de sintetitzar i aplicar els coneixements necessaris relacionats amb la salut.
- Alguns dels membres dels centres educatius, en el futur poden esdevenir elaboradors de polítiques i educadors. En aquest sentit, les universitats tenen el potencial de promoure i desenvolupar una comprensió crítica dels temes de salut.
- Com a entorns particulars formats per estudiants, les universitats tenen la responsabilitat de potenciar el desenvolupament sostenible, personal i social, dels seus membres.

- Les universitats com a recurs i agent de les comunitats locals, acabalen un paper cabdal com a mediadors i promotors de les polítiques públiques saludables.

En la *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior* elaborada amb el suport de l'Organització Panamericana de Salut (Lange i Vio, 2006) en col·laboració amb alguns centres universitaris xilens, els autors aborden de forma específica els temes estratègics que es consideren particularment rellevants en els escenaris universitaris. D'acord amb els autors de la guia, els problemes de salut es poden classificar segons la seva naturalesa i poden referir a aspectes psicosocials, aspectes ambientals, alimentació, activitat física prevenció del consum d'alcohol, drogues i tabac.

Per aconseguir els objectius mencionats propis d'una universitat saludable, Arroyo i Rice (2009, p.4) basats en la proposta de Lange i Vio (2006), suggereixen complir amb un conjunt de passos i condicions que es presenten a continuació. Aquests són:

1. La designació d'un Comitè Coordinador de la Iniciativa, conformat per representants dels diferents estaments universitaris.
2. La realització de Campanyes d'informació, conscienciació i sensibilització vers els conceptes de promoció de la salut i Universitat Promotora de la Salut.
3. Desenvolupament d'anàlisis de la situació social i de salut dels membres integrants de la comunitat universitària (estudiantat, el professorat, personal no docent etc).
4. El desenvolupament dels perfils dels programes, projectes, serveis i activitats universitàries que es relacionen amb la Promoció de la Salut.
5. Presentació pública a la universitat dels resultats obtinguts en els punts 3 i 4.
6. Desenvolupament d'un Pla Estratègic institucional per impulsar la iniciativa de les UPS.
7. L'obtenció del compromís institucional per impulsar la implantació del Pla Estratègic. És rellevant el suport econòmic que recolzi el desenvolupament de la iniciativa.
8. El desenvolupament de la programació de les accions i activitats de l'any acadèmic.
9. La definició de criteris i indicadors de mesura i els mecanismes d'avaluació de l'efectivitat.

10. La divulgació i la publicació dels resultats de les accions de creació, les accions de programació, d'investigació i d'avaluació vinculades amb les UPS.

1.17. El cas de la universitat central de Lancashire (UCLan)

Com hem anat introduint en el prefaci d'aquest capítol, el conjunt d'estratègies desenvolupades en el marc del moviment institucional de canvi de paradigma van resultar efectives per conducte de l'acceptació i el recolzament institucional dels elaboradors de polítiques (Department of Health, 1992).

En l'arena de les universitats com a constructe teòric d'anàlisi, l'interès governamental per desenvolupar noves estratègies d'intervenció més acurades a la nova formulació en promoció de la salut va comptar amb el suport i l'experiència positiva de projectes desenvolupats en altres entorns. Com assenyala Dooris (1998, 2001) en l'estudi de cas de la Universitat Central de Lancashire, la celebració del seminari internacional sobre l'aproximació salubrista dels entorns, va servir com a catalitzador per a la posterior exploració del potencial de la nova perspectiva en el context universitari. En aquest context d'exploració fenomenològica, amb el suport de l'OMS es va crear un departament d'estudis dins de la facultat de ciències de la salut de la UCLan, que posteriorment l'any 1995, rebria l'encàrrec de confeccionar un projecte en promoció de la salut en l'entorn concret de la universitat.

Els resultats enregistrats en l'estudi pioner de la universitat del centre del Regne Unit, han esdevingut el full de ruta de la nova pràctica socioecològica en promoció de la salut. El treball documental publicat l'any 1998 per l'Oficina Regional de l'OMS a Europa (Tsouros et al., 1998) recull de forma paradigmàtica els preceptes originals de la nova formulació en promoció de la salut en el context universitari. Addicionalment, el document evoca alguna de les iniciatives més significatives de les experiències originals en algunes universitats del Regne Unit, com és el cas de la universitat de Portsmouth (Peterken, 1996, 1998), la universitat de Newcastle (White, 1998) o el centre de salut pública de Liverpool (Maudsley, 1998). La memòria divulgada per l'OMS en col·laboració amb algunes universitats europees, resulta, a dia d'avui, un dels contraforts

teòrics dels projectes i les iniciatives institucionals per esdevenir espais universitaris promotors de la salut globalment.

1.18. Les funcions de la Universitat Promotora de la Salut

Anteriorment en aquest capítol ja hem fet referència a l'obra magna que va permetre el desenvolupament d'un marc de referència específic per interpretar i adaptar el rol de les Universitats Promotores de la Salut sustentada en la revolució paradigmàtica dels entorns saludables editat per Tsouros et al. (1998), *"Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action"*. En ella es tracta essencialment la necessitat de recodificar les funcions del context universitari a partir de la implementació dels principis teòrics de l'estratègia dels entorns saludables. Malgrat el marcat caràcter divagador i abstracte de l'exercici narratiu que realitzen els diferents col·laboradors en l'abordatge dels reptes encontrats en la ideació d'algunes de les iniciatives pioneres al Regne Unit, les diferents aportacions exposades en el manual donen compte de les vicissituds i de les oportunitats pràctiques de transformar el context universitari en un espai físic, però també social i econòmic, compromès amb la salut dels membres que l'integren des de l'explotació del binomi estructura i acció.

Atès, probablement a les característiques peremptòries en termes d'elaboració i consolidació intel·lectual del moment temporal de l'elaboració de l'obra primerenca, en el conjunt de tota la producció pels diferents capítols l'evidència empírica demostrada queda sublimada a la voluntat institucional i a la formulació descriptiva de les necessitats pràctiques d'innovació dels diferents projectes locals d'universitats saludables. Si bé els diferents autors coincideixen en l'existència d'un reconeixement explícit d'adoptar noves perspectives en l'abordatge de les universitats, enteses aquestes com a institucions globals, el qüestionament de les funcions epistemològiques de les mateixes queda relegat a les conseqüències conjecturades produïdes per l'adopció d'estils de vida i comportaments perniciosos per a la salut. No obstant aquesta aparent abúlia conceptual, sense entrar en interrogants sobre la validesa empírica de les pronunciacions advertides, de manera unànime els diferents participants concorren en el transfons dels diferents paràgrafs sobre les implicacions socioecològiques i els rols atribuïts al moviment d'universitats saludables.

De manera sintètica, les diferents funcions atribuïdes a la Universitat Promotora de la Salut queden resumides en les aportacions d'Abercrombie et al. (1998) qui assenyalen els rols principals que desenvolupen les universitats en la nova concepció integral de tot el sistema.

- La universitat és un centre d'aprenentatge i de desenvolupament.
- La universitat és un centre de creació i innovació.
- En un sentit més ampli, mitjançant la provisió de serveis i recursos les universitats són responsables del desenvolupament individual.
- Com a conseqüència del canvi produït en l'estructura de l'aprenentatge, les universitats acullen a estudiants d'edats molt diferents.
- La universitat és un recurs i un soci de la comunitat local, nacional i global.
- Tanmateix, i no menys important la universitat és un negoci que forma part d'un mercat competitiu.

La incorporació dels preceptes teòrics que van determinar la formalització d'una nova promoció de la salut desenvolupats en les dues dècades precedents, són perceptibles en la constitució dels objectius de les Universitats Promotores de la Salut i la integració dels propis en el marc conceptual de la nova universitat compromesa amb els factors de l'entorn. En consonància amb les disposicions factuais declamades en la Declaració de Sundsvall (OMS, 1991), l'adopció dels principis implícits en el marc de referència de les UPS implica assumir *per se* desenvolupar una visió holística de la salut. En aquesta conjuntura revolucionària de transformació de les bases racionals del constructe salut, la responsabilitat imputada a la universitat pels afers de salut dels membres de la comunitat s'esvaeixen d'instàncies individuals per adquirir una posició ineluctable que respecta la complexitat d'estructures i interconnexions i assumeix el seu compromís per vetllar per la salut i el benestar de tots els agents implicats, i també de la societat en general. D'aquesta manera, el propòsit de la nova universitat saludable o promotora de la salut ha de permetre als diferents col·lectius prendre decisions de manera informada i segura (Dooris, 2002), mitjançant la incorporació del compromís per la salut en totes les seves estructures organitzatives i involucrant a tots els departaments implicats en les tasques de reconeixement de les necessitats i l'elaboració dels plans d'actuació en els diferents nivells d'acció.

En aquesta primera temptativa d'elaboració d'un marc de referència unitari sustentat en gran mesura per les iniciatives originals del concepte Universitat Promotora de la Salut, els editors del manuscrit practiquen una proclama política i estratègica sustentada en el compromís i la responsabilitat de la universitat d'atendre al desenvolupament acadèmic, i personal dels diferents col·lectius que conviuen en la universitat. Realitzant una lectura transversal de les formulacions proposades per Tsouros et al. (1998), hom pot percebre una espècie de desproveïment intel·lectual entre les diferents conviccions que justifiquen el plantejament d'una panoràmica idiosincràtica d'Universitat Promotora de la Salut i els recursos necessaris per afrontar la compulsió de dites normes. Dit d'una altra manera, l'obra recull l'arquitectura de la nova estratègia però defuig dels significats pràctics que han de permetre a les institucions materialitzar els desitjos corporatius en facilitadors del canvi social.

En el mateix radi de freqüència que l'observació apuntada en l'epígraf anterior, Dooris (2002) integra la filosofia de l'estratègia dels entorns saludables i desgrana d'una manera més o menys explícita l'argumentari teòric en àrees d'acció específiques que tota UPS hauria de contemplar. Concretament, l'acadèmic i investigador britànic proposa conceptualitzar la universitat com un sistema complex interconnectat en que el compromís de la universitat cap a la salut dels seus membres resta vertebrada per l'elaboració de polítiques institucionals que afavoreixin l'adquisició d'hàbits saludables.

En segon lloc, l'autor identifica la programació d'activitats que garanteixin el desenvolupament personal de l'estudiantat mitjançant l'apoderament i la comprensió del seu propi ser. Relacionat amb aquesta prioritat, una tercera àrea d'acció anotada per Dooris és la creació de llocs de treball sostenibles i saludables. Més enllà de focalitzar les línies operatives en factors individuals, segons aquest autor la UPS pot influenciar de manera directa l'adquisició d'un estat de salut i de benestar favorables mitjançant la creació de llocs de treball que siguin beneficiosos pel benestar físic i mental dels treballadors i les treballadores. Així mateix, la creació d'espais físics agradables i la instauració de mitjans de transport sostenibles així com la regulació de zones de restauració amb productes saludables són algunes de les iniciatives concretes que les universitats poden incorporar en els projectes institucionals d'universitats saludables.

Finalment, i en consonància amb les directrius reconegudes anys més tard en la Carta d'Okanagan (Okanagan Charter, 2015), els objectius de la Universitat Promotora de la

Salut han d'emplaçar el compromís de la pròpia més enllà dels límits físics i morals de la comunitat que adscriu, posicionant-se com un agent responsable de i pel canvi social.

La necessitat de reforçar el binomi acadèmia-comunitat ha estat assenyalat per Levy et al. (2003) com a mecanisme per abordar problemes de salut pública més amplis. En la mateixa línia de pensament, Geiger et al. (2002) assenyala les oportunitats de difondre els projectes de promoció de la salut mitjançant el reconeixement de l'acció sinèrgica entre els membres de les universitats i les escoles de salut pública.

En definitiva, i a la recerca explicativa d'una resposta actualitzada i convincent de les partícules discriminatòries entroncades sota la noció d'Universitat Promotora de la Salut, podríem acordar que el concepte propi ha estat víctima de l'interès convingut per part de la voluntat de científics i professionals afins, des de la voluntat continguda en els discursos precedents, fins als temps actuals en els quals la promoció de la salut és un domini i un recurs més dels quals disposen les institucions d'educació superior per prosseguir amb el compliment de les obligacions atribuïdes més enllà de la profusió de coneixement, establint-se com a artefactes catalitzadors dels canvis social més amplis.

1.19. El Moviment d'Universitats Promotores de la Salut en el present

L'anàlisi del Moviment d'Universitats Promotores de la Salut des de la vessant empírica, no ha estat en termes generals, massa freqüent. Molt sovint s'ha abordat l'estudi de l'estratègia salubrista des de la formulació de propostes de casos particulars, sovint descuidant els principis filosòfics-conceptuals que configuren l'abordatge estratègic. Malgrat autors com Arroyo (2018) o Dooris et al. (2010) assenyalen des dels seus respectius contextos les característiques idiosincràtiques i les funcions del Moviment d'UPS, l'exercici de la retòrica a la pràctica està constituïda per interrogants.

Per la seva banda, alguns autors de la Universitat de Lancaster com Dooris (2002) i, posteriorment Doherty et al. (2011), adoptaren un enfocament conceptual del Moviment d'Universitats Promotores de la Salut des de la pròpia experiència britànica. En un article publicat a finals del segle passat, Dooris (1999) documenta l'adopció de la iniciativa d'UPS per part de la universitat Central de Lancashire. Com a eix central de treball en

aquesta primera iniciativa, l'autor dona compte de la importància d'incloure un compromís en l'estructura organitzativa de la universitat per promoure un estat de benestar psicològic positiu en els membres de la comunitat estudiantil. Com a resultat tangencial de l'anàlisi de les necessitats identificades, el propi acadèmic elabora una agenda de prioritats conceptuals per traslladar la voluntat institucional a accions concretes, les quals referencia a la planificació i la gestió de polítiques en el centre de l'entramat teòric.

Bé que la proposta pionera va gaudir d'acceptació i continuïtat en el context europeu durant la dècada següent, tal i com ho evidencien les propostes conceptuals de Dooris (2001, 2002, 2004) i els estudis exploratoris per traslladar l'aproximació dels entorns saludables a iniciatives locals en diverses institucions del Regne Unit conduïts per Dooris i Doherty (2010a, 2010b), el bagatge epistèmic per descriure en primer lloc, i adoptar en conseqüència, els valors fundacionals de la iniciativa en promoció de la salut en el context educatiu terciari a seguit ritmes i intensitats diferents en diferents regions geogràfiques del món. En aquest sentit, les diferents obres publicades per Arroyo (2013, 2017) assenyalen el recorregut històric i l'acceptació institucional de la iniciativa d'UPS a la regió Iberoamericana.

Per altra banda, ans no de manera totalment complementària a la qüestió filosòfica dels preceptes originals, recentment alguns autors com Suárez-Reyes et al. (2019, 2023) han dissenyat diversos estudis empírics per explorar les característiques d'algunes de les dimensions conceptuals del moviment d'UPS en diverses organitzacions. En un anàlisi dels factors que influeixen en la implementació de l'estratègia saludable en diferents centres universitaris adscrits a la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS), Suárez-Reyes et al. (2021) van identificar cinc grans components estructurals que incideixen en l'efectivitat institucional de les propostes de promoció de la salut. El suport polític, destacat prèviament en documents tècnics de treball (Arroyo i Rice, 2009; Dooris et al., 2010), la disposició de recursos econòmics propis, l'establiment de col·laboracions amb entitats externes a la pròpia organització, l'estructura coordinativa de la iniciativa dins de l'organigrama de la universitat i la implicació dels diferents col·lectius de la comunitat universitària mitjans processos participatius són circumstàncies que han de ser reconegudes per part dels membres responsables amb la

finalitat de garantir la continuïtat de les iniciatives d'Universitats Promotores de la Salut d'una manera eficient i sostenible.

Evidentment, no podem en aquest apartat exposar tota la contribució intel·lectual d'aquests autors, ni molt menys pretendre convertir el relat en un text expositiu sense valor crític. L'extensa producció literària, sobretot a nivell filosòfic-conceptual, i la heterogeneïtat d'aproximacions conceptuais diferides enunciades en diferents apartats d'aquest capítol, ens empenyen a centrar-nos en la recuperació de diferents comunicacions relacionades amb l'aplicació pràctica del tema que ens ocupa, a saber, l'estratègia d'Universitats Promotores de la Salut. Malgrat puguin coexistir algunes limitacions derivades de l'estratègia utilitzada, com ara la repetició de nocions conceptuais, les diferents referències assenyalades en el text pretenen delinear una silueta de l'estat de l'art en el temps present actualitzada i integradora.

En un article titulat *Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnership?* (Dooris, 2004), l'acadèmic Mark Dooris elabora una proposta conceptual per entendre la projecció de les directrius intel·lectuals de l'aproximació dels entorns saludables (enunciada en el capítol 3) adaptades al context universitari. Anomenat "aproximació socioecològica multidisciplinària de tot el sistema"¹⁶, el model s'organitza en valors globals com la participació, l'equitat, l'associacionisme i la sostenibilitat. En la seva formulació, Dooris parteix de tres premisses bàsiques:

- a) Fomentar el desenvolupament de l'organització i visibilitzar l'elaboració de projectes innovadors.
- b) Combinar d'una manera equilibrada el compromís polític dels agents responsables amb accions participatives i l'apoderament.
- c) Incloure la promoció de la salut en l'agenda de la institució i alinear-la amb els reptes de la salut pública.

Aquests postulats específics adaptats al context universitari s'emmarquen dins d'una proposició conceptual general de l'aproximació dels entorns saludables. A saber: fomentar la creació d'entorns de treball favorables per a la salut; integrar la promoció de

¹⁶ El nom original del model en anglès es Multidisciplinary "Whole Systems" Socio-Ecological Approach.

la salut en les activitats quotidianes del context; i reconèixer la confluència de sinèrgies entre ambients (Barić, 1994).

Amb el predomini de la influència de l'estratègia dels entorns saludables en la ideació de l'aproximació de la universitat com a entorn promotor de la salut, s'ha descuidat, però, la implementació de les nocions retòriques al servei de les necessitats pràctiques de cada context particular. Per una banda, la preeminència de models i iniciatives sorgides en el sinus de la geografia europea, i de l'escenografia britànica en particular, planteja en el centre del debat alguns interrogants relacionats amb la pressuposició pràctica d'adoptar esquemes homogenis i estancs de coneixement. És a dir, suscita de manera explícita la urgència d'adoptar els mateixos patrons conceptuals sense discernir sobre les particularitats idiosincràtiques de cada universitat. Així com els models suggereixen esquemes estructurats per articular diferents contribucions teòriques, l'ús de la retòrica en l'escenografia de la pràctica en promoció de la salut no sempre obeeix a relacions directes. Com assenyalen Whitelaw et al. (2001), de manera conjunta amb l'aparició de marcs de referència conceptuals específics, coexisteixen en realitat pràctiques que reflecteixen diferents anàlisis dels problemes i solucions dispars.

Tal i com s'ha anat presentant en els diferents apartats d'aquest primer capítol, en el cas concret de l'estratègia d'UPS s'han utilitzat diferents aproximacions conceptuals per caracteritzar les bases del moviment. Així mateix, i prenent en consideració els resultats de la revisió efectuada per Sweeting et al. (2023), sembla existir una preeminència en la literatura de les contribucions teòriques de Dooris. Algunes de les aportacions intel·lectuals més significatives d'aquest teòric britànic les hem anat exposant en els diferents epígrafs del present treball. No obstant, i de manera coordinada amb les reflexions introduïdes en el paràgraf introductori d'aquest capítol, ens resulta d'especial interès destacar l'ús indistint de diferents constructes en l'adopció semàntica per tractar idees similars. En els títols de les comunicacions originals, l'autor adopta el terme UPS per desenvolupar els principis conceptuals de l'estratègia política-institucional i adaptar-la a la resolució de quefers singulars com la salut mental (Dooris, 1999), el desenvolupament acadèmic del col·lectiu de l'estudiantat (Dooris, 2002), i més recentment als estils de lideratge necessaris per garantir l'efectivitat de les iniciatives salubristes (Dooris et al., 2021).

Emmarcat, com suggereix Dooris, dins de l'estratègia dels entorns saludables, el plantejament universitari d'incloure la responsabilitat social vers la salut de la comunitat universitària en particular, i de la societat en general no respon a una funció idiosincràtica de la iniciativa de l'organització, sinó que es una conseqüència deliberada del compromís professat per la universitat. Aquesta proposició atribuïda a l'agenda de les institucions educatives superiors i a les universitats, pot adoptar, en l'obra de l'autor, la forma d'aproximació integral del sistema o "*Whole System Approach*" en anglès. De manera central a la proposta, Dooris et al. (2022, p.310) defineixen tres àrees de treball estratègiques amb els propòsits següents:

- Crear entorns d'aprenentatge, treball i vida saludables i sostenibles (per exemple, disseny del campus i els edificis, política de conciliació de la vida laboral i familiar i cultura de la gestió solidària).
- Integració de la salut i la sostenibilitat en les activitats principals de la universitat (per exemple, la salut com a tema transversal multidisciplinari en els plans d'estudi, la recerca i l'intercanvi de coneixements).
- Contribuir a la salut, el benestar i la sostenibilitat de les comunitats locals, regionals, nacionals i mundials (per exemple, avaluació de l'impacte en la salut i la sostenibilitat, la investigació local i la divulgació).

I continua:

- Anticipar-se i respondre als motors de l'ensenyança superior i la salut pública
- Garantir el lideratge "top-down" i al mateix temps, el compromís i la participació dels grups interessats des de baix "bottom-up".
- Combinar el desenvolupament i el canvi organitzatiu a llarg plaç amb projectes de gran visibilitat.
- Equilibrar una perspectiva patogènica per abordar les necessitats i els problemes amb un enfocament salutogènic per aprofitar els punts forts, els actius i els potencials d'una universitat amb la finalitat de donar suport al benestar de l'estudiantat, el personal i la comunitat en general.

Moltes de les funcions designades per Dooris i el seu grup de treball de la UCLan a la universitat conceptualitzada des de l'òptica del Moviment d'Universitats Promotores de la Salut són compartides de manera similar per Arroyo, un dels promotors i l'artífex de

moltes iniciatives locals i internacionals en l'àmbit de la promoció i de l'educació per a la salut al continent sud-americà. Segons Arroyo i Rice (2009, p.3), el compromís dels diferents agents universitaris es troba en la base de qualsevol iniciativa d'UPS. Endemés, la política institucional ha de ser clara i compartida entre sectors, i ha de comprendre accions de promoció de la salut en la seva accepció més àmplia per donar resposta a diferents components. Aquests són:

- Desenvolupament de normativa i polítiques institucionals per afavorir la creació d'entorns favorables per a la salut.
- Desenvolupament d'accions de formació acadèmica professional en promoció de la salut i educació per a la salut i altres modalitats de capacitat universitària.
- Desenvolupament d'accions de recerca i avaluació en promoció de la salut.
- Desenvolupament d'accions d'educació per a la salut, alfabetització en salut i comunicació en salut.
- Oferiment de serveis preventius i de cura i atenció a la salut.
- Desenvolupament d'opcions de participació per al desenvolupament d'habilitats, lideratge i advocacia en salut dels integrants de la comunitat universitària.
- Desenvolupament d'accions d'abast familiar i comunitari.
- Altres instàncies institucionals i socials de la promoció de la salut, basades en el reconeixement i els imperatius de l'aproximació dels determinants socials de la salut, que contribueixin a la salut, al canvi social, al benestar i a la qualitat de vida de la comunitat universitària i l'ambient extern.

Finalment, en diversos treballs divulgats en l'última dècada, l'autor ha utilitzat la perspectiva sociològica de la salutogènesi per reflexionar sobre els significats negatius que impregnen el concepte de salut en les iniciatives actuals (Dooris et al., 2016; Dooris et al., 2022). Si bé l'adopció dels principis conceptuals gaudeixen de reconeixement institucional en el pla ideològic (Kickbusch, 1996), l'assumpció de les formes pràctiques d'aplicació dels heurístics teòrics al context universitari estan poc desenvolupades.

En segon lloc, i de manera complementària amb la reflexió anterior, apareix una qüestió de resolució immanentment empírica. El problema fonamental que hi ha avui en dia en el tractament de la iniciativa de l'estratègia de les UPS és la falta de consens i la disparitat d'opinions relacionades amb la integració de les idees teòriques. Es podria dir que les

diferents propostes conceptuals divulgades recullen un conjunt de suggeriments, els quals molts d'ells han estat conceptualitzats des de la pròpia experiència autòctona. Aquest fet, sumat a la falta de consens tàcit sobre les propietats estructurals de l'aproximació, comporta que existeixin experiències igualment vàlides constituïdes sobre criteris diferents. Des d'aquesta pressuposició, els estudis que utilitzen l'etiqueta d'UPS o universitats saludables per analitzar algunes de les dimensions de la proposta, presenten per afegiment mancances de referència que confereixin una interpretació crítica dels resultats. Un exemple d'aquesta ressonància queda explícitament representada en l'estudi efectuat per Newton et al. (2016) en el que els autors donen compte de les dificultats operatives de dues universitats britàniques de traslladar l'argumentari racional de l'estratègia universitats saludables en projectes de l'organització degut a la manca d'una referència conceptual i teòrica clarament definida.

Per altra banda, un segon inconvenient identificat en la literatura es la falta d'indicadors d'avaluació de les accions empreses sota el paradigma de la promoció de la salut. Tot i l'interès manifest en l'adopció de projectes locals, nacionals i internacionals d'UPS, sobretot en el context iberoamericà (Arroyo et al., 2015), el cos d'evidència existent sobre les garanties d'èxit en la implementació del raonament estratègic fundacional és exigü (Suárez-Reyes i Van den Broucke, 2016). Entre les nombroses dificultats experimentades per part dels responsables de programes d'universitats promotores de la salut, destaquen la manca de compromís institucional, l'estretor de sinergies entre estructures de coordinació, així com recursos econòmics que propicien autonomia als òrgans de gestió de les accions (Suárez-Reyes et al., 2021).

De manera transversal a les limitacions operatives identificades des de l'interior dels grups de treball, la manca d'indicadors d'avaluació de les activitats esdevé un escull privatiu en l'exercici propedèutic de construir relats homogenis en el credo conceptual de les bases del constructe. En altres contextos aliens a l'entorn de la universitat, la incorporació d'indicadors d'avaluació en el disseny de les intervencions pròpies en promoció de la salut ha resultat cabdal per a la consecució dels canvis pretesos per part dels agents interventors (Patrick i Kingsley, 2019). Així mateix, i de manera relacionada amb la definició operativa de les normes d'actuació, l'adequació dels programes en salut han resultat més efectius quan als sectors participants els han estat conferits un rol protagonista en el disseny de les pròpies actuacions (van Daele et al., 2014). La privació de consideració

dels sectors universitaris en el projecte organitzatiu per part dels agents educatius conjuntament amb l'omissió dels factors culturals propis del context social a la fonamentació de les estratègies d'UPS (Sirakamon et al., 2011), delineeem un panorama conceptual críptic, però metodològicament oportunista.

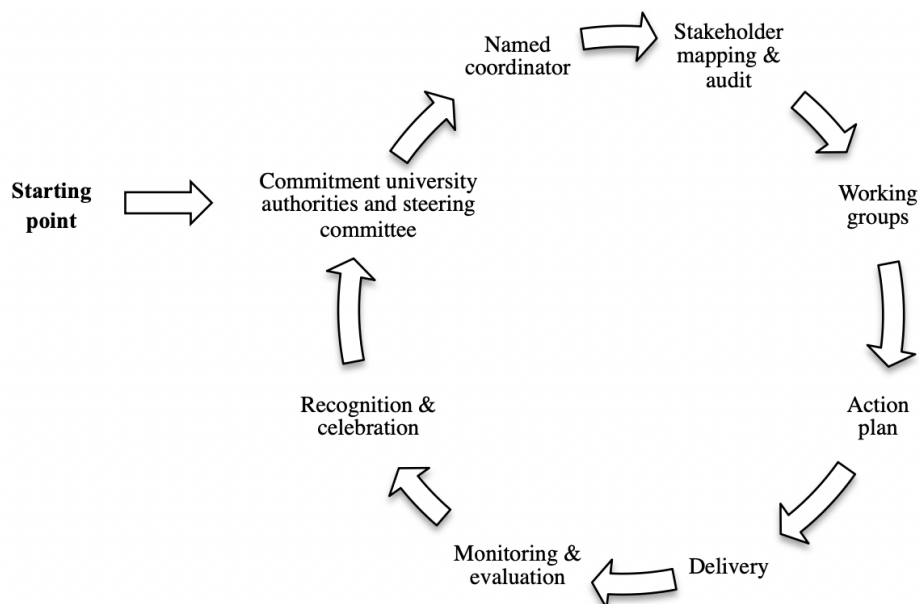
1.20. Fases en el desenvolupament d'un projecte d'Universitat Promotora de la Salut

Després d'haver analitzat amb deteniment el marc de referència distintiu que caracteritza a la Universitat Promotora de la Salut mitjançant la identificació dels artefactes nuclears que permeten configurar una descripció més o menys nítida del constructe de treball així com de les funcions que li han estat atribuïdes, el que a continuació pretenem és incorporar la dimensió operativa a l'arquetip original i completar la caracterització del constructe UPS.

A tal efecte, partim, en primer lloc del model adaptat i desenvolupat per Dooris et al. (2010) del treball inicial de Dooris i Doherty (2008) il·lustrat en la Figura 8.

Figura 8

Fases per desenvolupar un projecte d'Universitat Promotora de la Salut



Nota. Extracte del model desenvolupat per Dooris i Doherty (2008) i adaptat i publicat en l'informe tècnic de Dooris et al. (2010, p.10) titulat Healthy Universities: Concept, Model and Framework for Applying the Healthy Settings Approach within Higher Education in England.

Prenent en consideració aquest model, el punt de partida per a l'establiment d'un projecte d'Universitat Promotora de la Salut consisteix en desenvolupar un compromís generalitzat de la institució i obtenir el beneplàcit del mateix mitjançant la instauració d'una comissió que s'encarregui de gestionar i articular el pla d'actuació entre les diferents parts que conformen el nucli organitzatiu. Com a mostra de la voluntat de la universitat, els autors del model original suggereixen obtenir el compromís de les diferents parts involucrades per escrit. De la mateixa manera, la creació d'un comitè de treball ha d'estar compost per diferents professionals amb experiència de perfils acadèmics diferents, incloent-hi en el mateix a representants dels col·lectius dels treballadors i les treballadores i de l'estudiantat. A continuació, un cop reconegut el compromís general i formalitzat el comitè encarregat, el pas següent consisteix en el nomenament d'un coordinador general que centralitzi les sinèrgies entre rectorats per tal de facilitar l'organització i la implementació de les iniciatives i les propostes que es van articulant. Per garantir el correcte desenvolupament d'aquesta tasca, és important que el coordinador disposi de temps professional i de recursos institucionals necessaris per treballar de manera adequada les accions futures.

Tot seguit, la tercera fase del procés consisteix en la identificació, selecció i contacte amb diferents elaboradors de polítiques de la universitat que estiguin interessats en constituir grups de treballs específics per treballar de manera especialitzada diferents temàtiques relacionades amb la promoció de la salut. La tasca dels grups de treball ha de possibilitar a les diferents sub-estructures derivades del comitè principal concretar i harmonitzar les diferents propostes contingudes en els plans d'accions específics.

Com assenyalen Dooris i Doherty (2009), un element clau per garantir l'èxit de la iniciativa d'Universitat Promotora de la Salut és l'equilibri homeostàtic entre la coordinació de les activitats proposades per millorar la salut dels membres de la comunitat amb el desenvolupament sistemàtic d'accions que permeti a l'organització en termes generals, respondre a les obligacions derivades del canvi temporal. En una quarta etapa, la teoria suscita l'elaboració d'avaluacions periòdiques per analitzar l'impacte de les intervencions realitzades. Aquestes tasques d'autoanàlisi poden compaginar-se amb la ponderació d'auditories externes. Finalment, la darrera fase del cercle reconeix la importància de celebrar i compartir les fites aconseguides durant tot el procés, sense perdre de vista la naturalesa serial i ininterrompuda que caracteritza la continua

remodelació de les iniciatives contingudes sota el paradigma de les Universitats Promotores de la Salut.

1.21. Experiències nacionals i internacionals de Promoció de la Salut en Institucions universitàries. Algunes consideracions prèvies

L’afirmació “No hi ha millor pràctica que una bona teoria” atribuïda socialment a Kurt Lewin, sembla cobrar sentit en l’anàlisi de les experiències empíriques dels programes i de les intervencions en promoció de la salut, i en especial aquelles que es desenvolupen a l’interior del context universitari. Malgrat els esforços institucionals per consolidar un marc de referència analític comú, coherent amb els principis subjacents a la perspectiva dels entorns saludables, l’ambigüitat de la terminologia utilitzada en la literatura contemporània (Sweeting et al., 2021) per designar programes d’intervenció ens evoca irremeiablement a plantejar una sèrie de reflexions al voltant del tractament experimental dels postulats teòrics subjacents al moviment d’Universitats Promotores de la Salut.

La primera fa referència a la lleugeresa amb la que els investigadors empren el terme “Universitats Promotores de la Salut” per assenyalar la inclusió de programes d’intervenció en salut en les fronteres físiques del recinte educatiu. Com assenyalen Sweeting et al. (2021) en els resultats de la seva revisió bibliogràfica, la majoria de publicacions refereixen al constructe de la salut des d’una perspectiva d’institució saludable. No obstant, els autors reconeixen una falta de claredat en la conceptualització del constructe “salut”, i un abús del terme “*whole system*” en la seva implicació pragmàtica. Els resultats obtinguts en el treball, no són exclusius d’un producte temporal. En una altra revisió sistemàtica de la literatura, Ferreira et al. (2017) subratllen la carència conceptual present en alguns estudis compartits sota el paradigma d’universitats saludables o UPS. Segons aquestes autores, la majoria d’estudis analitzats fan referència a programes concebuts des d’una perspectiva de salut pública orientada a la millora de la conducta individual. En aquesta mateixa línia de criticisme metodològic i conceptual de les intervencions realitzades, Faria et al. (2021) ratifiquen el predomini de programes d’intervenció individuals en els projectes de promoció de la salut, a la par que confirmen l’exigüitat estructural i teòrica de les activitats empíriques idealitzades des d’una perspectiva d’entorns saludables.

Una segona reflexió derivada de la primera, és que el moviment d'Universitats Promotores de la Salut ha estat víctima de limitacions culturals i subjecta a interpretacions independents sense el beneplàcit d'un marc unitari estructurador. En aquest sentit, Suárez-Reyes i Van den Broucke (2016) reivindiquen les dificultats experimentades per a algunes institucions d'implementar els principis universals que defineixen el marc operatiu de les UPS en contextos culturals diferents dels paràmetres occidentals originaris. La necessitat d'adaptació dels principis teòrics internacionals, als aspectes culturals i espirituals de cada context universitari ha estat assenyalada en diverses ocasions per Sirakamon (2009, 2011). En la implementació d'un estudi etnogràfic en dues facultats de les ciències de la salut d'una universitat tailandesa, Sirakamon et al. (2017) evidencien les diferències existents en la comprensió del concepte "*Health Promotion Faculty*" (HPF) per part dels responsables d'ambdós centres. Mentre que els informants de la facultat de farmàcia associen els significats de la HPF al desenvolupament d'un nou paradigma en promoció de la salut en la comunitat estudiantil, els responsables de la facultat d'infermeria adscriuen el significat dels programes en promoció de la salut a una perspectiva integradora, referenciant els paràmetres organitzatius, el benestar i els elements dels entorns de suport en el discurs explicatiu. Mentre que la primera referència redueix els principis de la promoció de la salut a l'acció restaurativa de caràcter individualista, la conceptualització articulada per part dels participants de la facultat d'infermeria recupera l'al·locució reivindicativa esgrimida en el treball original de Tsouros (1998).

Malgrat la manca d'una adaptació sociocultural de les preferències dels programes d'acció en les universitats, com assenyalen les revisions referenciades, els esforços institucionals presentats per considerar la idiosincràsia local dels programes de promoció de la salut han estat recurrents. En el discurs de presentació de la II Conferència Internacional d'Universitats Promotores de la Salut celebrada a la universitat d'Alberta, Graham Lowe (2005) sosté que l'única via efectiva per progressar en la consecució dels objectius establerts en els programes de promoció de la salut és el compromís dels responsables i membres de la institució per nodrir la capacitat de les persones mitjançant la constitució d'una cultura organitzativa saludable. En aquest procés de reformulació de les estructures de la universitat, el ponent afirma que el compromís de la universitat amb la societat va més enllà de la instauració d'activitats esportives en el campus universitari;

al seu albir l'esforç constant s'ha d'orientar a transferir els coneixements de manera bidireccional, tot considerant les característiques de la població participant.

Aquesta tasca que li és atribuïda a la universitat promotora de la salut des d'una posició integradora, és un dels pilars fundacionals de l'emergència del moviment. Tal i com hem assenyalat quan hem identificat les funcions de les UPS, les obligacions de la institució en tant que organització complexa, transgredeixen la vocació institucional d'aprenentatge que típicament li han estat assignades als centres educatius superiors.

En la recerca d'explicacions convinents sobre les dificultats detectades en la implementació d'estratègies promotores de la salut en el context universitari, Dooris (2006a) identifica una sèrie de limitacions conceptuals que requereixen de ser analitzades amb deteniment. Per tal de reforçar les evidències detectades per l'autor, proveirem d'exemples actuals identificats en la literatura les falles empíriques assenyalades en el text original. A saber:

- a) **Construcció de l'evidència basada en els factors de risc individual.** Moltes de les intervencions realitzades en els campus universitaris són concebudes des d'una perspectiva de preservació de l'estat de salut, on la preeminència d'actuació es posiciona sobre la prevenció de conductes de risc individual, en comptes d'adoptar una perspectiva integral de les estructures de la universitat.
- b) **Variància conceptual.** Malgrat l'assumpció dels principis elementals que caracteritzen el moviment d'universitats promotores de la salut, en la realitat de camp encara existeixen diversitat d'interpretacions que dificulten la comprensió de l'essència de les intervencions. En aquest sentit, Wenzel (1997) formula una de les crítiques més esteses en l'àmbit de la promoció de la salut al declamar que existeix una tendència en confondre “la promoció de la salut en l'entorn, amb els entorns promotors de salut”. Aquesta interpretació errònia de les bases conceptuals del moviment dels “entorns saludables”, i en concret de les universitats, dificulta la intel·ligibilitat dels objectius atribuïts primàriament a les universitats com a entorns promotors de salut.
- c) **Influència pragmàtica:** En la descripció de la seva proposta conceptual, Whitelaw et al. (2001) donen compte de les dificultats pragmàtiques de traduir els

preceptes filosòfics en accions tangibles. L'esmentat entorpiment en la configuració d'estratègies empíriques integrals, és segons Dooris (2004), una conseqüència directa de la complexitat que defineix la universitat com a sistema organitzatiu. En aquest sentit, els centres educatius superiors prefereixen orientar el treball de camp al voltant de projectes reduïts focalitzats en temes particulars.

- d) **Dimensions de l'entorn.** La conceptualització de la universitat com a entorn promotor de la salut dels seus estudiants i de la societat en general ha estat àmpliament acceptada en la literatura. Malgrat aquesta conformitat aparent, Dooris (2006a) expressa la falta d'integració del treball teòric amb les evidències empíriques. Cada universitat representa un món particular per ella mateixa. El nombre d'estudiants matriculats, les característiques físiques i de l'entorn o la seva situació geogràfica són factors que defineixen i repercuteixen en l'estat de salut dels membres que integren cada una de les realitats concretes. Totes aquestes dimensions estructurals identificades per Ashton (1998), són característiques que dificulten la concreció d'un marc d'acció normatiu comú.

Prenent com a marc de referència la conceptualització d'una universitat promotora de la salut com a entorn independent amb caràcter propi, l'exercici unificador dels esforços locals sota un únic model global ha de ser interpretat com un recull dels principis paradigmàtics i no com un arquetip intangible. De la mateixa manera que les experiències particulars descrites en el manual original publicat amb la col·laboració de l'OMS (Tsouros, 1998), han de resultar unitats exemplars per a la concepció de propostes futures en aquest camp d'investigació.

Algunes de les limitacions o dificultats assenyalades en aquest apartat, s'han intentat aproximar des de la literatura mitjançant la construcció d'un *corpus* de coneixement particular centrat en les característiques de l'entorn. Les aportacions teòriques de Dooris (2001), com la teoria de sistemes aplicada a la universitat, representen un conat de la recerca bàsica per demostrar noves argumentacions que tradueixin els esforços institucionals en evidències probables. No obstant això, les diferències culturals i les condicions peculiars de cada context universitari exposen una sèrie d'obstacles a la implementació de programes i accions empíriques orientades a millorar la salut dels

membres que integren la universitat concebuts des de la perspectiva original socioecològica dels entorns saludables.

És per aquest motiu, que ens resulta particularment interessant analitzar en l'apartat empíric d'aquesta tesi, de quina manera les universitats que formen part de xarxes institucionals d'universitats promotores de la salut implementen en les seves estructures i activitats quotidianes els principis que fotografien a la universitat com a un entorn particular amb capacitat d'influenciar l'estat de salut dels individus que la freqüenten. Abans però, com a exercici reflexiu antecessor a la pràctica empírica local, analitzarem algunes de les propostes que s'han desenvolupat sota el paradigma d'universitats promotores de la salut en contextos socials i culturalment dispars.

L'experiència llatinoamericana

La preocupació envers la salut de la població ha sigut una constant al llarg de la història. A la regió de les Amèriques, l'organisme encarregat de dissenyar i implementar les propostes organitzatives en els temes de salut ha estat tradicionalment l'Organització Panamericana de la Salut (PAHO). Mitjançant l'acció col·laborativa entre els organismes regionals i locals, la PAHO ha contribuït al desenvolupament d'estratègies de vacunació efectives en regions econòmicament desfavorides (Hardt et al., 2016).

L'exemple utilitzat en la introducció, lluny de ser l'objectiu que aquí ens ocupa, ens permet encabassar de forma intuïtiva els agents involucrats en el desenvolupament del moviment UPS a l'Amèrica llatina i Centre Amèrica. Com descriuen Arroyo i Rice (2009) en el document de treball desenvolupat sota la col·laboració de la PAHO, els antecedents històrics de l'evolució del moviment UPS a l'Amèrica llatina són elements comuns a les experiències britàniques i europees. Les iniciatives i els projectes d'entorns saludables realitzats a la dècada dels anys vuitanta a Europa (Kickbusch, 2003), comencen a cobrar importància en el continent americà a finals de la dècada dels anys noranta amb la formalització de les xarxes acadèmiques per a la Promoció de la Salut i l'Educació per a la Salut (Arroyo i Cerqueira, 1996).

El moviment d'Universitats Promotores de la Salut a la regió d'Iberoamèrica comença a cobrar força amb la divulgació de treballs realitzats de manera independent per part d'universitats públiques i privades del continent a l'inici dels anys 2000. Durant el mes

de novembre de l'any 2003, es celebra a Santiago de Xile el I Congrés Internacional d'UPS sota el lema “Construyendo Universidades Saludables”. Sota el lideratge institucional de la Pontificia Universidad Católica de Chile, amb el suport tècnic de la PAHO i el Ministeri de Salut del país sud-americà, es publica a l'any 2006 *la Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior* (Lange i Vio, 2006), la qual esdevé un marc de referència de les experiències pioneres i les línies de treball futures en aquest camp de la promoció de la salut.

La Universitat d'Alberta, al Canadà, fou l'amfitriona del segon congrés internacional d'Universitats Promotores de la Salut l'any 2005, un esdeveniment conspicu per a l'entronització i consolidació de noves directrius conjuntes en el context iberoamericà però també anglosaxó. Com a producte d'aquesta instància, les universitats participants van ratificar l'aprovació de la Carta d'Edmonton (2005), un document global inspirat en la propagació de les visions i els rols principals de les institucions educatives superiors en l'elaboració, difusió i modelatge de la salut i del benestar de la comunitat mitjançant tres orientacions:

1. Identificar el significat implícit d'esdevenir una Universitat Promotora de la Salut,
2. Crear diàlegs i promoure la comprensió i adquisició dels conceptes de promoció de la salut en el centre de la universitat,
3. Proporcionar un ventall instrumental per crear un marc específic d'UPS adaptat al context de cada institució per incentivar la presa de decisions.

Un altre esdeveniment rellevant per a la consolidació del moviment al subcontinent austral d'Amèrica, és la institucionalització de *la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud* (RIUPS). En el marc del tercer congrés “Entorns Formatius Multiplicadors”, celebrat a la ciutat mexicana de Ciutat Juárez, Mèxic l'any 2007, les vint-i-cinc institucions signants representants de set països diferents van acordar elaborar l'acta constitutiva de la RIUPS.

El quart congrés, realitzat a Pamplona l'any 2009 i titulat “El compromís social de les universitats”, va suposar l'aprovació de la Declaració de Pamplona-Iruña, instància que posa de manifest la importància dels valors i els principis tecnocràtics i morals de les Universitats com entorns promotors de la salut. Endemés del reconeixement tàcit de totes les institucions signants de la proclama a re-configurar el compromís i les funcions de la

universitat en un marc estratègic i polític més ampli relacionats amb els reptes de sostenibilitat i la responsabilitat social de les institucions, la disseminació de les experiències nacionals en forma de sinèrgies col·laboratives van contribuir de manera directa a la mobilització i la creació de projectes i xarxes de treball de promoció de la salut més enllà del continent americà, com per exemple a Espanya (Arroyo, 2012).

Continuant amb les tasques pedagògiques d'expandir les nocions, el cinquè congrés "Comunitats universitàries construint salut", es va celebrar a San José, Costa Rica l'any 2011, amb l'objectiu principal de contribuir al desenvolupament d'una estratègia dinamitzadora del moviment d'universitats promotores de la salut per enfortir la missió de la universitat com agent de canvi social. Dos anys més tard, l'any 2013 en el sisè congrés celebrat a San Juan, Puerto Rico, i en un acte commemoratiu de la primera dècada d'activitat conjunta per impulsar l'adopció del marc conceptual de la UPS, els membres participants van revisar els esforços esgrimits des de la celebració de la primera trobada institucional i van acordar noves línies de treball prioritàries de futur (Arroyo et al., 2015).

La celebració de la setena trobada internacional d'universitats promotores de la salut realitzada a Kelowna, al Canadà l'any 2015 va permetre exposar l'interès generat en diferents llocs geogràfics del món des de la celebració de la primera trobada formal l'any 2003. En la conferència hi van participar 375 especialistes en diferents àmbits de la salut i de l'educació, des d'elaboradors de polítiques, a investigadors, l'estudiantat i administratius de més de 45 països diferents. El resultat va ser la declamació de la Carta d'Okanagan, un escrit que proveeix a les institucions d'un llenguatge i principis unitaris expressada a partir de la revisió del tractat precedent, la Carta d'Edmonton, amb la finalitat de mobilitzar els recursos necessaris per a la integració de la salut en tots els aspectes del campus i la cultura universitària. Així mateix, l'acceptació del document va permetre refermar el rol eminent del context universitari per a la consecució d'un estat òptim de salut en consonància amb el modelatge d'un marc comú de referència en el que les institucions educatives superiors són part central d'una estratègia global més àmplia com l'agenda de desenvolupament informada per la l'OMS.

El vuitè congrés, "Promoció de la Salut i Universitat: Construint Entorns Socials i Educatius Saludables" es va celebrar a la ciutat d'Alacant l'any 2017, i va resultar en el manifest "la Declaració d'Alacant" (RIUPS, 2017). Aquest document, més enllà de

representar un contracte simbòlic de voluntats i compromisos compartits, va posar de relleu les tasques materialitzades d'un grup d'universitats locals en el centre del debat, entre elles la institució homònima, d'articular les recomanacions dels membres participants a l'esdeveniment en relació a la construcció i desenvolupament d'entorns socials i educatius beneficiosos per la salut. Dos anys més tard, es va celebrar a Monterrey, Mèxic, el novè congrés de la RIUPS en el que es va reconèixer la importància de considerar el tractament dels determinants socials de la salut dins del paradigma estratègic de les UPS tot establint un marc comú de compromís respectuós amb elements transversals com la resiliència, la justícia social, la igualtat de gènere o la construcció d'una estratègia intencional, crítica i emancipadora. Finalment, l'any 2022, la ciutat portuguesa de Coïmbra va acollir el desè acte de trobada en el que varen participar més d'una desena de conferenciant experts internacionals i més de dos cents investigadors interessants en l'estratègia dels entorns saludables.

Des de la seva formalització el 6 d'octubre del 2007, la RIUPS s'ha convertit en el portaveu de les iniciatives regionals i el nexa de comunicació amb les xarxes internacionals de les accions desenvolupades al subcontinent americà. Com recorden Arroyo et al. (2015) en un treball commemoratiu dels deu anys del moviment d'UPS a Iberoamèrica, "el moviment s'ha enfortit gràcies a la institucionalització de xarxes formals en països com Xile, Colòmbia, Costa Rica, Cuba, Mèxic i Perú, entre d'altres" (p.3). Paral·lelament als èxits recol·lectats en aquest període temporal, en la III Assemblea General de la RIUPS, la xarxa per mitjà dels membres que la integren, s'ha compromès a continuar defensant els projectes de les universitats vers el repte que representa analitzar el concepte promoció de la salut com a paradigma estratègic d'acció.

En l'Article 4 del document constitutiu de la Xarxa Iberoamericana d'Universitats Promotores de la Salut (RIUPS, 2007, p.3) s'estableixen les funcions de la mateixa:

- Participar en l'organització de les Reunions Internacionals bianualment.
- Promoure el reclutament i l'adhesió de noves UPS com a membres de la RIUPS.
- Guardar la documentació de les reunions i les activitats de les UPS.
- Vigilar el correcte compliment dels criteris per esdevenir una UPS.
- Proveir el suport per a l'avaluació de les experiències de les UPS.
- Disseminar les experiències i lliçons apreses amb les UPS.

L'article "*El movimiento de universidades promotoras de la salud*" (Arroyo, 2018) publicat a la revista brasilera de promoció de la salut, permet al lector realitzar una fotografia de les xarxes iberoamericanes actives i els seus àmbits d'actuació. Pel que representa a l'avaluació de les iniciatives desenvolupades, Arroyo (2017, p.149)¹⁷ proposa alguns indicadors d'efectivitat del moviment a Llatinoamèrica, aquests són:

- La celebració de vuit congressos Internacionals d'Universitats Promotores de Salut: Santiago de Chile (2003); Edmonton (2005); Ciudad Juárez (2007); Pamplona (2009); San José de Costa Rica (2011); San Juan de Puerto Rico (2013); Kelowna (2015) i Alacant (2017),
- La creació de set documents declaratoris: Edmonton, Ciudad Juárez, Pamplona, San José, San Juan, Okanagan i Alacant,
- La institucionalització de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) l'any 2007,
- Increment del nombre d'institucions universitàries afiliades a la RIUPS,
- Augment de les activitats científiques, incloent-hi publicacions, conferències nacionals i internacionals, etc.
- Establiment de xarxes nacionals, estatals i altres modalitats de treball col·lectiu.

Els esdeveniments i les iniciatives a dalt descrites, vertebren una línia temporal dels incentius i l'exercici de la RIUPS com a coordinadora responsable de les experiències del moviment UPS a Llatinoamèrica i la península ibèrica. Referent a la implementació de programes promotors de la salut en el campus universitari, destaquen les experiències fundadores de la *Pontificia Universidad Católica de Chile* i l'experiència de la *Universidad de la Concepción*, ambdues ubicades en territori xilè i pioneres en la instauració de programes en promoció de la salut en les estructures de poder de la universitat (Lange i Vio, 2006). En un exercici de recollida documental més ampli, Becerra (2013), Arroyo (2013, 2018) i Arroyo i Rice (2009) en els seus treballs compilen de forma escrupolosa el conjunt d'iniciatives desenvolupades per les universitats a nivell local, nacional i internacional.

¹⁷ A més dels vuit congressos Internacionals d'UPS realitzades per la RIUPS assenyalats per Arroyo (2017), en els darrers anys s'han celebrat dos congressos més: el X Congrés Iberoamericano de Universidades Promotoras da Saúde celebrat a Coimbra l'any 2022, i més recentment el XI Congrés Ibero-Americano de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS, 2024)

L'experiència espanyola: Red Española de Universidades Promotoras de Salud

En línies generals, el desenvolupament del moviment d'Universitats Promotores de la Salut a Espanya ha estat estretament influenciat per les iniciatives i les accions iberoamericanes. Els plantejaments conceptuals elaborats i discutits en la celebració del III Congrés Internacional d'UPS, celebrat a Ciudad Juárez l'octubre de 2007, van permetre a les universitats espanyoles compartir els treballs iniciàtics realitzats a nivell local amb la comunitat internacional. Un dels acords contrets en la resolució de l'acta del congrés fou la designació de Pamplona com a seu d'acollida de la celebració del IV Congrés Internacional d'Universitats Promotores de la Salut. Com recorden en les memòries de l'evolució del moviment a la península ibèrica Martínez-Riera et al. (2018), el compromís adoptat per part de la Universitat Pública de Navarra de traslladar la taula de treball a terres peninsulars va impulsar la creació de xarxes formals de promoció de la Salut a Espanya.

El producte de les experiències pioneres originades en l'escenografia del context iberoamericà van propiciar la consolidació dels esforços realitzats al país peninsular en dues direccions. Per una banda, el disseny d'una universitat espanyola com a seu principal de la màxima activitat acadèmica va permetre introduir les iniciatives espanyoles en l'entramat d'experiències institucionals del panorama mundial. I, en segon lloc, el valor afegit del treball en xarxa va possibilitar als nous membres interessats en adoptar la visió estratègica de fer de la universitat un context promotor de la salut, intercanviar les experiències locals sota un paratge comú de valors i normes d'acció.

El reconeixement de les propostes i de les iniciatives de treball locals aportades per algunes institucions peninsulars mitjançant la participació activa en les activitats organitzades per la *Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud*, va propiciar la institucionalització de la *Red Española de Universidades Saludable* (REUS) el 22 de setembre de l'any 2008 amb l'objectiu de reforçar la funció de les universitats com entorns essencials per a la promoció de la salut i del benestar dels membres que la integren però també com a catalitzador dels processos de canvi de la societat. Actualment, la xarxa està integrada per 52 universitats de tota Espanya, hi compten amb la participació del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, el Ministeri d'Educació i la Conferència

de Rectors de les Universitats Espanyoles (CRUE), així com les Direccions de Salut Pública de les comunitats autònomes.

Com assenyalen alguns dels membres fundadors de la xarxa (Martínez-Riera et al., 2018), l'adhesió de les universitats espanyoles a la xarxa nacional ha possibilitat la creació de sinèrgies conjuntes des del compromís que desenvolupen cada una de les universitats per incloure la promoció de la salut en els plans estratègics de cada institució. D'altra banda, la constitució d'una organització formal aporta d'una manera estructurada un conjunt de recursos a fi de garantir el suport institucional i dels sectors públics implicats en la consecució dels reptes en salut. Amb la intenció d'atribuir de valor els esforços conjunts efectuats de manera autònoma, l'any 2017 des de la presidència de la REUS es va presentar la CRUE-Sostenibilitat, una comissió sectorial específica la qual compta amb un grup de treball d'universitats saludables i que, endemés, s'institueix com la columna vertebradora de totes les propostes efectuades i de les iniciatives conjuntes de les universitats espanyoles.

Els seus objectius són (REUS, 2017, p.2):

- L'anàlisi i la reflexió sobre els principis, mètodes, projectes i estratègies de desenvolupament al voltant de la promoció de la salut i els entorns saludables.
- Potenciar la universitat com a entorn promotor de la salut de la comunitat universitària i de la societat en el seu conjunt.
- Fomentar la Recerca i la Docència en Promoció de la Salut i en entorns saludables.
- Afavorir l'intercanvi d'experiències en Promoció de la Salut i en entorns saludables.
- Promoure i afavorir el treball conjunt entre els organismes de salut pública, els recursos comunitaris i les universitats.
- Consensuar línies estratègiques i de treball per dur a terme un projecte d'universitat promotora de la salut.
- Possibilitar l'elaboració i el desenvolupament de projectes comuns.
- Potenciar la participació internacional.
- Fomentar l'oferta de serveis i d'activitats dirigides a promocionar la salut en la Comunitat Universitària.
- Promoure la realització de documents de consens, de treball, de discussió ...

- Realitzar posicionaments en situacions relacionades amb els objectius de la Xarxa davant dels organismes competents de les administracions autonòmiques i del estat.
- L'establiment de vincles o de relacions amb associacions nacionals o internacionals de similar naturalesa.
- Atendre a la promoció de tota activitat que condueixi cap al millor desenvolupament de la promoció de la salut en les Universitats espanyoles.

Algunes propostes locals en el context espanyol

La institucionalització de la REUS com a organisme associatiu de les iniciatives locals va representar, i continua en el present, un avenç en la instauració d'un nou marc d'interpretació dels problemes en salut i de les tasques de la universitat com a agent moderador de canvi social. En el marc de la celebració del VIII Congrés Iberoamericà d'Universitats Promotores de la Salut celebrat a Alacant l'any 2017, els membres signants es van comprometre a participar d'una manera activa, real i dinàmica en la construcció i el manteniment de les universitats i de la comunitat en general. Amb la finalitat de transformar la retòrica en acció, i potenciar les fortaleces que en ella s'hi inscriuen¹⁸, en el cos del document de la Declaració d'Alacant s'expressa la necessitat manifesta d'incorporar estratègies de promoció de la salut de manera integral a les polítiques universitàries a través de (RIUPS, 2017, p.2):

1. Integrar accions polítiques sobre l'entorn físic, social, cultural ambiental, etc.
2. Afavorir la creació d'entorns saludables des de plantejaments salutogènics.
3. Desenvolupar una consulta organitzacional orientada pels valors i els principis associats al moviment global de la Promoció de la Salut.
4. Identificar, recolzar i posar en valor totes les accions generadores de salut.
5. Dissenyar estratègies que afavoreixin en tots els membres de les comunitats educatives, la capacitat participativa en la gestió de processos a favor de la salut.
6. Aportar evidència que recolzi la formulació de polítiques públiques que afavoreixin les millores de les condicions per a la salut.

¹⁸ La Declaració d'Alacant relaciona els beneficis intrínsecs atorgats a la Universitat Promotora de la Salut amb la definició operativa d'actiu en salut. L'analogia utilitzada és un recurs literari utilitzat pels responsables de l'esdeveniment per ressaltar les facultats sintetitzadores de salut del context universitari.

El nombre de publicacions elaborades sobre la realitat del context educatiu espanyol, així com l'aparent constant interès mostrat per part dels diferents organismes col·lectius de potenciar l'establiment d'una nova estratègia política en la que la universitat estigui en el centre dels aspectes de salut presenta algunes dissonàncies que precisen de major consideració reflexiva. En el temps present, cada cop més universitats estatals, tant de caràcter públic com privat, estan incorporant en la seva estructura organitzativa un compromís amb la realització d'accions per promocionar la salut en els seus campus i en les respectives facultats. L'afany d'introduir un directori de matrius i estratègies compromeses amb la promoció de la salut i els reptes globals, com la sostenibilitat o l'equitat en salut, resulta sovint en iniciatives aïllades de caràcter temporal i preventiu (Cerrillo et al., 2019), sovint desproveïdes de suport institucional i un pla propis.

En segon lloc, i en consonància amb les directrius delineades per diversos teòrics (Arroyo et al., 2015; Martínez-Riera et al., 2018), l'èxit de les iniciatives d'UPS no es pot concebre sense el treball col·laboratiu i el treball en xarxa. En aquest sentit, en l'estat espanyol hi ha constituïdes nombroses agrupacions autonòmiques i grups de treball interns, essent la REUS la màxima expressió a nivell nacional.

L'any 2018, en el marc commemoratiu de la constitució dels deu primers anys de la REUS com a organització estatal, la Universitat de les Illes Balears (UIB) va ser la seu designada d'organitzar el I Congrés nacional d'Universitats Promotores de la Salut. En ella els membres participants varen examinar les polítiques universitàries en matèria de Promoció de la Salut així com establir reflexions sobre els avenços obtinguts i enfortir els vincles amb altres xarxes internacionals. Conseqüentment, en un intent de consolidar l'estructura de les universitats saludables com a eix d'acció central en temes de salut per part de les universitats nacionals, es va signar la Declaració de Palma, en la que es ratifica l'analogia entre salut i entorn i les universitats es comprometen a participar activament dels objectius supranacionals definits en l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible per afrontar el repte mundial associat als processos transformatius globals.

Recentment, el mes de novembre de l'any 2022 la Universitat de Burgos va acollir la celebració del II Congrés d'Universitats Promotores de la Salut en el que varen assistir representants de les diferents institucions que integren l'associació nacional d'universitats saludables amb l'objectiu de difondre i compartir algunes de les experiències locals

desenvolupades en els darrers anys i projectar, entenent la funció atribuïda a la Xarxa de la REUS, futures vies de col·laboració.

Com ja ha sigut assenyalat en algun moment d'aquest apartat, la funció de les universitats promotores de la salut es troba en un període de constant transformació. En aquest sentit, les sinèrgies entre agrupacions i grups de treball entre països i la voluntat de canvi per part de les institucions regionals esdevé una condició clau per a la materialització dels reptes salubristes més amplis. A partir de la consideració d'aquests pressupostos de partida, identificats prèviament per a alguns teòrics com Stock et al. (2010), Dooris et al. (2020) o Suárez-Reyes et al. (2019), la interacció entre la facultat de compliment particular i el compromís organitzatiu articulat des de les directrius de treball associatiu esdevé un problema rellevant a considerar en el disseny de les iniciatives organitzatives.

En el context específic de la península ibèrica, bé que el ministeri de Sanitat del govern espanyol inclou a les universitats com a part integral de la *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad, 2014), com assenyalen Pascual et al. (2010) les estratègies desenvolupades a Espanya han estat desarticulades i caracteritzades per una falta de continuïtat en el temps. A títol expositiu, el projecte de la Universitat d'Alacant (Martínez-Riera i Muñoz-Guillena, 2014) es pot considerar com el primer referent estatal de les iniciatives posteriors. Subseqüentment, algunes universitats com la Universitat Pública de Navarra i la Universitat Rey Juan Carlos (URJC) han plasmat diverses accions mitjançant la incorporació en la seva estructura organitzativa plans estratègics d'universitats saludables. En el cas particular de la URJC, compta amb un pla d'actuació que recull cinc objectius fonamentals de treball, entre els quals s'estipula el compromís de la universitat amb la millora de la qualitat de vida i de salut del personal docent i investigador, així com conferir transversalitat a la missió social de la institució (Pascual et al., 2010).

Aquesta aparent projecció de transformar el rol de la universitat vers una conceptualització activa i dinàmica, englobada en un marc conjunt de directrius i accions de treball conjuntes no ha estat del tot materialitzada en la pràctica.

En un intent de valorar el desenvolupament del moviment d'universitats saludables a Espanya, Cerrillo et al. (2019) realitzaren una revisió sistemàtica i un anàlisi dels projectes disponibles de les universitats membres de la REUS. Després de comparar els resultats obtinguts amb el marc teòric de referència, els autors conclouen que existeix un

sentiment generalitzat de desconeixement de les iniciatives saludables entre els diferents col·lectius que conformen la comunitat universitària. Així mateix, els autors del treball identifiquen l'existència d'un percentatge important de programes projectats des de la perspectiva de la prevenció de la malaltia. Respecte a la percepció d'incompetència sobre les accions desenvolupades a nivell local, els autors reconeixen una falta clara de reconeixement i visibilitat dels treballs per part dels propis autors així com una manca d'interès i compromís de les mateixes universitats per desenvolupar la missiva positiva en salut¹⁹.

Siguin les causes assenyalades les que siguin, l'escassetat d'evidència empírica disponible sobre l'establiment d'universitats promotores de la salut a Espanya acompanyada d'un augment progressiu de diverses problemàtiques identificades en les agendes internacionals (United Nations, 2020), posiciona en una situació suggestiva d'estudi l'anàlisi de les oportunitats pràctiques que possibilitin a les institucions educatives superiors articular projectes que impactin positivament en l'estat de salut i de benestar dels membres que acull. Però també en temes de salut global més amplis com la sostenibilitat i el canvi climàtic.

¹⁹ El nombre d'universitats espanyoles que estan incorporant un pla estratègic d'universitats saludables o promotores de la salut, es cada cop major. Un exemple concret el comparteixen Martínez-Sánchez i Balaguer (2016) sobre la ideació d'un model d'universitat saludable a la Universitat Internacional de Catalunya.

Segona Part. Contrastació empírica

Capítol II. Objectius de la recerca

2. Objectius de la recerca

Prenent com a fonament la pregunta d'investigació “poden les universitats esdevenir contextos promotors de la salut?”, la present tesi s'articula sobre dues qüestions fonamentals sobre el Moviment d'UPS:

- La identificació de les particularitats de les universitats com a entorns promotors de la salut.
- L'anàlisi de les característiques teòriques de l'estratègia d'UPS per facilitar-ne la seva aplicació.

Derivat d'aquestes proposicions, l'objectiu general de la tesi és el següent:

OG. Analitzar la implementació de l'estratègia d'Universitats Promotores de la Salut en les universitats membres de la Xarxa Vives d'Universitats.

A partir de les diverses conceptualitzacions teòriques proposem una investigació de camp que té com a principal objectiu examinar un cos d'evidència empírica que permeti articular una confrontació entre els principis fenomenològics del constructe Universitat Promotora de la Salut i la seva aplicació en l'estructura de les universitats de la Xarxa Vives.

Derivat de l'exposició argumental i la necessitat detectada en la literatura de profunditzar en l'estudi de la comprensió del moviment estratègic i polític d'Universitats Promotores de la Salut un primer objectiu general de la investigació de camp és doncs analitzar de quina manera les universitats de la Xarxa Vives han implementat la promoció de la salut en les seves pràctiques quotidianes. Per assolir-lo, es plantegen dos objectius específics:

- a) Descriure els principis filosòfics-conceptuals del Moviment d'Universitats Promotores de la Salut.
- b) Identificar les accions emprades per les universitats membres de la Xarxa Vives d'Universitats per tal de contribuir a la promoció de la salut dels seus membres.

En un primer moment, el disseny de recerca empírica que proposem, transcórrer per la delimitació de les característiques idiosincràtiques del constructe en el seu pla epistemològic. Com sustenta Silverman (1993, p.1), “sense teoria no hi ha res per investigar”, i en conseqüència, la nul·litat existencial de la pròpia acció de recerca. En aquest sentit, resultarà ineluctable plantejar una anàlisi dels artefactes estructurals del constructe per poder prosseguir amb el tractament del mateix en la fase posterior. En segon lloc, formularem un disseny metodològic coherent i respectuós amb la pròpia pràctica de camp. Una proposta instrumental que transita per la combinació d’estratègies mixtes d’anàlisi com alternativa eficaç per no haver de prescindir ni “menysprear” una part de la realitat (Feliz i Ricoy, 2003).

En consonància amb aquest aspecte filosòfic, i relacionat amb el primer dels objectius generals plantejat anteriorment en deriva un segon objectiu il·latiu als aspectes més “empírics” de la recerca. Es tracta d’avaluar i contrastar les percepcions dels diferents actors que conviuen en el context universitari. A tal efecte, caldrà atendre als objectius específics següents:

- a) Explorar les percepcions de l’estudiantat respecte el constructe Universitat Promotora de la Salut.
- b) Explorar les percepcions dels diferents treballadors i treballadores respecte el constructe Universitat Promotora de la Salut.
- c) Analitzar la visibilització de les polítiques públiques saludables de les iniciatives d’Universitats Promotores de la Salut de les universitats de la Xarxa Vives d’Universitats.
- d) Identificar els actius en salut presents en la universitat mitjançant les percepcions de l’estudiantat universitari.
- e) Identificar els actius en salut presents en la universitat mitjançant les percepcions dels treballadors i les treballadores universitaris.

Capítol III. Disseny de la recerca

3. Metodologia

3.1. Aspectes metodològics de la investigació

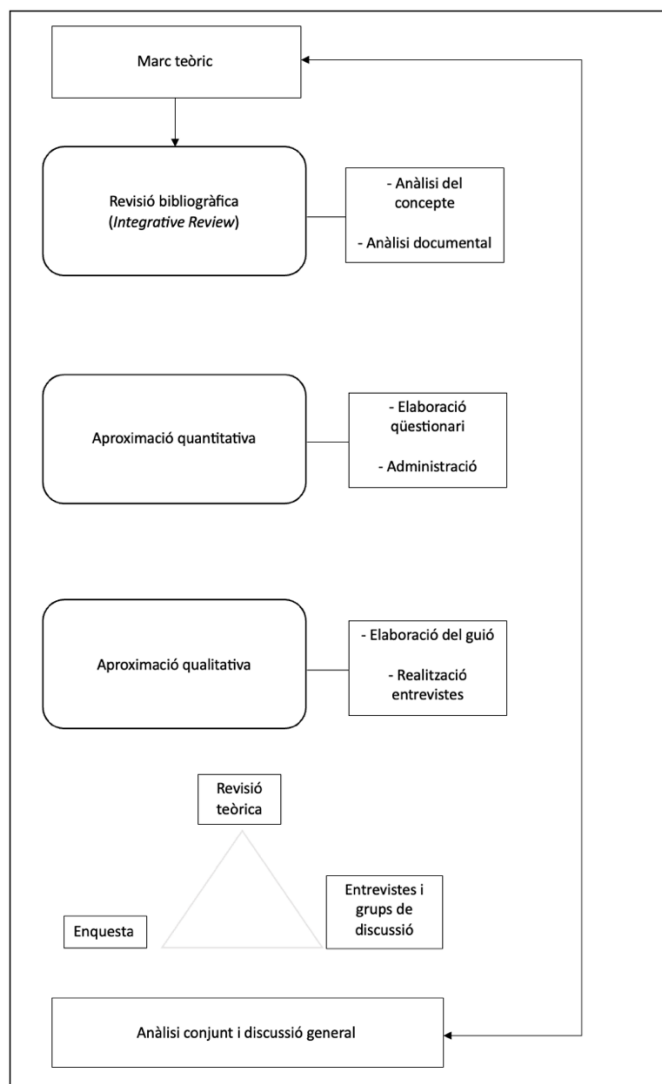
L'aproximació metodològica proposta en aquesta tesi parteix del reconeixement implícit de la complexitat del constructe objecte d'estudi, el context universitari com a entorn promotor de la salut. En tant que artefacte estratègic produït en el sinus d'una dimensió política més complexa en quan a envergadura respecte al propi producte concret de la dimensió en la qual s'emmarca, la seva concurrent aplicació precisa igualment d'un conjunt instrumental que respongui a les necessitats induïdes per la pròpia naturalesa de l'objecte de recerca. A tal efecte, per donar resposta als diferents objectius definits en el treball s'ha conceptualitzat l'aproximació metodològica en tres fases o estratègies.

Respectant la profusió i variegada de formulacions teòriques traçades en la literatura especialitzada, creiem oportú abordar metodològicament la recerca de camp a partir de la seqüenciació de tres aproximacions d'anàlisi aparentment independents però lògicament complementàries. Prenent en consideració la complexitat evidenciada en el marc teòric de l'objecte d'estudi, la combinació de varies fonts d'informació, mètodes i teories, implica assumir formes d'intervenció aparentment discordants per respondre a les demandes plantejades per l'objecte en sí. L'estructuració dels diferents plantejaments, esperem, permetrà una comprensió i una interpretació més complerta i acurada del fenomen que pretenem estudiar en contrast amb la que podria aportar cadascuna de les aproximacions per separat. Així doncs, em plantejat un disseny de recerca estructurat en tres grans aproximacions: una recerca bibliogràfica i anàlisi documental, una aproximació quantitativa i una de qualitativa, tal i com es mostra en el disseny recollit en la Figura 9. En cadascuna de les aproximacions proposades i definides amb major grau de detall en els apartats subsegüents en aquest capítol del treball, els recursos instrumentals utilitzats estan pre-definits per donar resposta a un conjunt d'objectius específics aparentment independents però necessaris per respondre a la pregunta global de recerca. En un primera aproximació a l'anàlisi del constructe s'ha utilitzat l'estratègia de cerca bibliogràfica en profunditat per determinar les publicacions divulgades en relació a la forma i el context d'estudi del concepte UPS en totes les possibles dimensions. Tot seguit, després d'identificar les particularitats del constructe mitjançant l'anàlisi del mateix i proposar una definició teòrica el més precisa possible, en l'aproximació quantitativa s'ha

desenvolupat un qüestionari per conèixer les percepcions dels diferents agents que conformen el context universitari respecte l'operativització del propi constructe i la seva aplicació en el mateix. Com queda exposat en l'apartat 3.4.5. dedicat a l'exercici expositiu de les característiques de l'aproximació quantitativa, el desenvolupament de la tècnica de l'enquesta ha estat subjecta a avaluació externa per assegurar el compliment dels criteris lògics i mètrics de l'instrument de recollida de dades. En darrer lloc, s'han realitzat entrevistes i un grup focal amb participants voluntaris, entre ells els responsables de les universitats adscrites a l'estudi, per aprofundir en la identificació de les limitacions, les fortaleeses i la capacitat de la universitat per esdevenir un entorn promotor del benestar de la comunitat en el seu conjunt més ampli.

Figura 9

Esquema del disseny metodològic



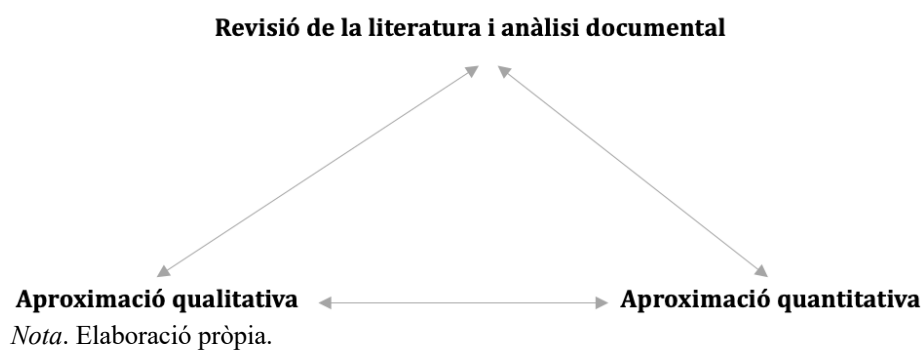
Nota. Elaboració pròpia.

Les dades recollides per cadascuna de les diferents aproximacions seran identificades i analitzades de manera estructurada respectant els propòsits definits en cadascuna de les etapes del procés de recollida d'informació. Un cop executades les diferents operacions, tota la informació acumulada i codificada per les tècniques concretes en cada moment de la seqüència, serà analitzada conjuntament per aprofundir en la interpretació dels significats.

D'aquesta manera, plantejem l'execució combinada de tres aproximacions paradigmàtiques aparentment oposades amb la intencionalitat de percebre una representació del constructe nuclear la més precisa i adequada a la realitat de les diferents institucions incloses en la mostra final d'estudi. En un primer moment es treballarà de manera lineal i successiva respectant les particularitats de les tres aproximacions d'anàlisi. Un cop recollida i analitzada tota la informació es procedirà a la triangulació per aprofundir en la interpretació de les dades recavades per cada una de les perspectives. La compartimentació estructurada en una seqüència lineal de marcs interdependents metodològics integren en el seu conjunt la proposta metodològica presentada en aquesta tesi per acomplir amb els propòsits definits. L'esquema de la triangulació metodològica queda representada en la Figura 10.

Figura 10

Triangulació de la metodologia



3.2. Delimitació de la mostra d'estudi: La Xarxa Vives d'Universitats

L'univers mostral de l'estudi el conformen les universitats membres de la Xarxa Vives. Aquesta és una institució sense ànim de lucre que representa i coordina l'acció conjunta de les 22 institucions de parla i cultura catalana que la conformen. Concretament, la

finalitat de la XVU és potenciar les relacions entre les universitats de Catalunya, el País Valencià, les Illes Balears, Catalunya, Andorra i Sardenya. Per tal de situar al lector en la zona objecte mostral del present treball, en la Taula 37 situada a l'Annex I es presenta un resum de diferents dades estadístiques actualitzades que, de manera sintètica, possibiliten una descripció més o menys acurada de les particularitats de cada context universitari membre de la XVU. La informació exposada en la pròpia Taula 37 ha estat elaborada a partir de les memòries corresponents al curs 2021/2022 presentades per les diferents institucions d'ensenyament superior.

Amb pretensions complementàries a la mera exposició numèrica de les dades estadístiques, considerem d'oportuna esmena en aquest punt concret, i en consonància amb la lògica justificativa de la XVU com a mostra d'estudi, el fet que des de la pròpia Xarxa Vives hi ha constituït un grup de treball que desenvolupa un programa d'Universitats Saludables i Sostenibles amb la intenció de contribuir a la planificació i el desenvolupament d'un projecte compartit de salut des del compromís de cada institució membre amb els seus valors. L'elecció de la XVU com a univers d'estudi obeeix principalment a dos motius.

En primer lloc, cal considerar la situació geogràfica i oportunista on es desenvolupa el present treball de tesi. La Universitat d'Andorra com a institució d'ensenyament superior és la principal proveïdora d'estudis universitaris al país pirinenc, així com un dels agents educatius principals encarregats de la formació i el desenvolupament socioprofessional d'una part de la població andorrana. Relacionat amb aquest primer impuls de recerca, de forma relacionada amb el lligam de proximitat hi ha una qüestió immaterial de responsabilitat social. Les característiques heterogènies i les particularitats de les diferents universitats que integren la XV representen una confrontació de les necessitats idiogràfiques dels reptes particulars de cada cas davant les formes teòriques comunes d'entendre i pensar la universitat com a entorn promotor de la salut. Per aquest motiu, considerem necessari juxtaposar l'anàlisi de cas com a disseny d'investigació a la col·lectivitat idiomàtica i així estendre l'escrutini de les potencialitats de les universitats al conjunt dels membres integrants de la Xarxa en la prospecció d'una millor comprensió del mòbil d'interès. Addicionalment, una porció significativa de les institucions considerades en l'univers d'estudi formen part de grups de treball i xarxes territorials i nacionals més amples, com la Xarxa Catalana d'Universitats Saludables (US.cat) i el seu

homòleg estatal, la Red Española de Universidades Promotoras de la Salud (REUPS). Malgrat el matís evident implícit en la comparació, amb tot i amb això, la proposta mostrada considerada en l'apartat metodològic suposa un primer atansament formal a l'estudi de les potencialitats del moviment estratègic i polític d'una part significativa de les universitats de la península ibèrica.

3.3. Procediment metodològic

El procediment metodològic que s'ha desplegat per desenvolupar la investigació de camp es pot fraccionar en tretze fases interconnectades:

1. Inspecció inicial del constructe “Universitat Promotora de la Salut”, prèvia a l'elaboració de la revisió bibliogràfica exhaustiva. L'anàlisi exploratori de la variable principal d'estudi es va realitzar de manera periòdica en diferents dipòsits digitals i mitjançant la consulta de bibliografia específica en promoció de la salut. El primer exercici cognitiu va consistir en l'afaiçonament d'un significat profund del terme “Universitat Promotora de la Salut” i els seus usos afins “Universitat saludable” i “Entorns Saludables”. La delimitació fenomenològica dels usos pragmàtics atribuïts a les diferents terminacions emprades per referir a les característiques teòriques subjacents a l'estratègia política dels entorns saludables (Whitelaw et al., 2001), es complementaren amb la necessitat detectada de dissenyar i confeccionar una revisió bibliogràfica de manera exhaustiva i sistemàtica.
2. Elaboració i realització d'una revisió bibliogràfica sobre la naturalesa gnoseològica del constructe “Universitat Promotora de la Salut” i la seva aplicació en el context empíric. Els aspectes tècnics de la recerca es troben referits en l'apartat 3.3. L'anàlisi exhaustiu i sistemàtic dels articles inclosos en la mostra final d'anàlisi es complementaren amb l'escrutini de les publicacions i la informació divulgades en diferents adreces electròniques de les principals xarxes de treball a nivell internacional. Entre les fonts consultades en destaquen les següents: RIUPS, UK Healthy University Network, REUS, el grup de treball d'universitats Saludables i Sostenibles de la XVU i la Xarxa d'Universitats Saludables de Catalunya.
3. Caracterització del constructe “Universitat Promotora de la Salut”. Els articles importats en la mostra final de la revisió bibliogràfica varen ser examinats mitjançant l'aplicació de la tècnica anàlisi del concepte (Risjord, 2009). Aquesta estratègia

metodològica resulta especialment útil per explicitar les característiques teòriques d'un determinat concepte existent. L'aplicació d'aquesta tècnica prospectiva ens ha permès delimitar i formular una definició més o menys estable del terme d'interès.

4. Realització d'una recerca documental sobre l'operativització i el tractament del constructe "Universitat Promotora de la Salut" en les universitats de la Xarxa Vives d'Universitats. Els aspectes tècnics de l'exercici de recerca es troben documentats en l'apartat 3.3.3. Aquesta anàlisi documental, de forma complementària amb les característiques teòriques del constructe UPS identificades en la revisió bibliogràfica, han afavorit la vertebració d'un eix temàtic a partir del qual desenvolupar les diferents qüestions plantejades en el guió de l'entrevista semiestructurada.
5. Elaboració de l'instrument de recollida d'informació de l'aproximació quantitativa. A partir de les característiques factuais del constructe Universitat Promotora de la Salut i les evidències documentades en els dipòsits web institucionals de les diferents universitats que integren la Xarxa Vives, s'ha procedit al disseny d'una enquesta com a mitjà instrumental per copsar les percepcions dels diferents agents que integren el context universitari. En aquest sentit, l'anàlisi estructurat i sistemàtic de les particularitats teòriques del constructe desenvolupat, ha estat un exercici elemental per posicionar els principals referents intel·lectuals respecte al problema d'estudi plantejat.
6. Categorització de les respostes i exploració de les percepcions mitjançant els anàlisis estadístics de les dades obtingudes.
7. Disseny de la recollida d'informació qualitativa. Aquest es va plantejar en funció del nombre de respostes favorables a la participació a l'estudi. L'instrument de recollida de la informació elaborat consisteix en una entrevista semiestructurada, les característiques de les quals es troben exposades en l'apartat 3.4.6. L'objectiu d'aquesta fase es dissenyar un instrument que permeti profunditzar en l'examinació de les percepcions dels diferents responsables respecte a la implementació del constructe "Universitat Promotora de la Salut" en les universitats de la XVU. Així mateix, la captació del discurs pronunciat per part dels participants ha permès contrastar algun dels aspectes claus divisats en el debat literari inicialment, i en l'anàlisi teòric del concepte a posteriori. Tant el marc teòric com les aproximacions bibliogràfiques primerenques efectuades han possibilitat contrastar l'estructura discursiva de les proposicions exclamades en les entrevistes sota un mateix prisma analític comú.

8. Selecció d'informants claus i avaluació de les categories definides en el guió d'entrevista.
9. Contacte amb els responsables de les diferents universitats que formen part de la XVU. Mitjançant el correu electrònic, s'han contactat i convidat a presentar a l'estudi a tots els responsables de les 22 institucions adscrites a la XVU.
10. Formació dels grups de discussió. La selecció i reclutament dels participants es va realitzar de forma física i en format electrònic mitjançant la difusió interna en cada universitat membre de la presentació de l'estudi. Els subjectes interessats en la participació a l'estudi van contactar amb l'investigador principal, amb qui es va acordar un dia i una hora per realitzar l'entrevista i el grup focal (depenent de la disponibilitat mostral).
11. Realització dels grups de discussió amb enregistrament de totes les sessions.
12. Anàlisi de la informació recollida en els grups de discussió. S'efectuà una anàlisi de contingut dels enregistraments de les discussions de grup, prèvia revisió i transcripció de totes les dinàmiques gravades.
13. Contrastació i discussió global dels resultats obtinguts a través de les aproximacions metodològiques efectuades, en relació al marc teòric específic de referència i als objectius definits inicialment. Proposta d'estratègies orientades a la implantació dels principis de l'estratègia d'UPS que reforcen el potencial de la universitat per esdevenir un context promotor de salut i de benestar i elaboració de les conclusions per a cadascun dels objectius específics establerts.

3.4. Descripció de les tècniques emprades

Respectant la complexitat i el caràcter innovador del constructe que es pretén avaluar, el conjunt instrumental utilitzat per respondre als diferents objectius definits en el projecte de tesi, és també, heterogeni. A tal efecte, s'han utilitzat tres tipus de tècniques de recollida i anàlisi de la informació: una recerca bibliogràfica i documental filtrada mitjançant la tècnica de l'anàlisi del concepte, la realització de diverses entrevistes a informants clau i responsables de les universitats participants i l'execució d'un grup de discussió amb l'estudiantat i d'altres membres de la comunitat universitària. Tota la informació qualitativa ha estat tractada a través d'una anàlisi del contingut.

3.4.1. Descripció de la recerca bibliogràfica

Com a primera presa de contacte formal amb l'objecte d'estudi, s'ha realitzat una revisió bibliogràfica en profunditat de la literatura específica per tal de recollir la informació necessària per estructurar i analitzar amb esperit crític els principals pilars i els referents teòrics de l'estratègia política la Universitat com a entorn promotor de la salut, iniciada al Regne Unit a la dècada dels anys 90 del segle passat. En aquest cas, s'han consultat i sistematitzat les publicacions indexades i les contribucions publicades en dominis electrònics claus mitjançant el disseny d'una revisió integradora (Souza et al., 2010). Així, la consulta bibliogràfica i la revisió estructurada de la literatura han permès orientar una resposta a un objectiu específic:

- Caracteritzar el concepte Universitat Promotora de la Salut mitjançant una revisió bibliogràfica estructurada, posant l'èmfasi en la identificació de les dimensions idiosincràtiques del constructe.

Per altra banda, a part de les referències assenyalades en l'exercici d'importació i anàlisi pròpies de les bases de dades consultades, es va cercar informació en les següents institucions o entitats:

- UK Healthy Universities Network
- Red Española de Universidades Saludables (REUPS)
- Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS)
- Xarxa Catalana d'Universitats Saludables-Xarxa US.cat
- Grup de treball d'Universitats Saludables i Sostenibles de la XVU
- International Health Promotion Universities and Colleges (IHPU&C)
- U.S. Health Promoting Campuses Network

Les dades enregistrades i incloses en la mostra final, així com la informació recopilada en la literatura grisa, s'han estructurat a partir d'un anàlisi del contingut prenent com a referència les premisses referides a les característiques teòriques del constructe. Així doncs, s'ha elaborat un anàlisi amb profunditat de les publicacions divulgades des de la creació del moviment d'Universitats Promotores de la Salut l'any 1997 fins a l'actualitat. Tanmateix, més enllà de les troballes contingudes en l'anàlisi de les particularitats

conceptuals del constructe, els resultats advertits han disposat el substrat cognitiu necessari per l'elaboració dels instruments de recollida de dades de les aproximacions posteriors.

Estratègia de cerca bibliogràfica

Per tal de formular una primera definició precisa del constructe nuclear d'anàlisi, la universitat promotora de la salut, s'ha efectuat una revisió integral de la literatura en diverses bases de dades científiques amb la intenció d'explorar les teories i els models que el constructe UPS engloba en el pla ontològic. La pregunta orientadora de la investigació va ser: Com han conceptualitzat els acadèmics el terme d'Universitats Promotores de la Salut?

Per contextualitzar aquesta revisió, s'ha utilitzat la definició àmplia de cinc punts del model d'Universitats Promotores de la Salut proposada per Dooris et al. (2020) com a criteri de selecció per assegurar que la revisió sigui inclusiva i contempli certa variabilitat. Segons aquest model, les UPS requereixen d'atenció en cinc grans àrees de l'organització universitària: (1) Cultura i entorn de suport, (2) Integrar i connectar la salut, (3) Centrar-se en tota la població, (4) Enquadrar la salut amb referència a factors interns i externs, i (5) Afrontar reptes i aprofitar les noves oportunitats.

A tal efecte, s'ha realitzat una revisió integral de la literatura en diferents bases de dades especialitzades en temàtiques professionals dispars. Concretament, les bases consultades han estat: Pubmed, Medline, Scopus, CINAHL, Scielo i Eric. Totes elles han estat inspeccionades en dos moments temporals consecutius (Juny i Novembre del 2022) a través de l'equació de cerca "*healthy university*" OR "*Health Promoting University*". Els criteris d'inclusió per a la selecció de les articles han estat:

- a. publicacions en anglès, francès, portuguès, castellà i català
- b. articles publicats entre 1995 i 2022
- c. focalitzats en tot el constructe d'universitat
- d. documents amb referència explícita a la universitat o a les institucions educatives superiors

Els articles han estat exclosos quan:

- a. refereixen a aspectes individuals de la conducta i el benestar
- b. centrats únicament en la millora de la salut o el benestar d'un grup particular de la comunitat universitària (estudiantat o equip docent)
- c. refereixen a elements específics de la salut (insomni o sobrepès, per exemple)
- d. revisions sistemàtiques

Paral·lelament a la cerca d'informació estructurada en les bases de dades, també s'han consultat fonts de la *grey literature* o literatura gris com Google Scholar o els llocs web de la REUS, la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (REUPS) i la UK *Healthy University Network*, entre d'altres. Per a la revisió integral de la literatura s'ha utilitzat l'instrument metodològic Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis for Scoping Reviews (PRISMA- ScR) (Tricco et al., 2018). Aquesta guia metodològica està formada per una llista de comprovació de 22 ítems i inclou un diagrama de flux de la informació a través de les diferents fases de la revisió. Els passos que van guiar el desenvolupament d'aquesta revisió han estat: 1- desenvolupament de la pregunta orientadora, 2- establiment dels criteris d'inclusió i exclusió d'articles, 3- definició de la informació a extreure dels articles seleccionats, 4- anàlisi crítica dels estudis, 5- interpretació i síntesi dels resultats, 6- presentació dels resultats principals de la revisió integradora (Ganong, 1987).

Totes les referències bibliogràfiques importades varen ser revisades a través de l'òptica dels criteris d'inclusió i exclusió per part de l'investigador principal. Els articles duplicats i aquells que no complien amb els criteris d'inclusió van ser eliminats.

Selecció d'estudis

L'estratègia de cerca emprada s'ha constituït amb l'objectiu de cobrir la màxima heterogeneïtat professional en la importació de les referències publicades identificades mitjançant les paraules de cerca “healthy university” OR “Health Promoting University”. Totes les referències incloses en la mostra final d'estudi han estat importades i tractades en un primer moment mitjançant el programa excel.

La utilització d'aquest tipus de recurs electrònic permet als investigadors estructurar, compartir i tractar la informació d'una manera coherent, clara i lògica amb els objectius

definites. Així mateix, la gestió digital de les referències ens ha permès ordenar tota la informació d'interès continguda en els articles i assegurar la consistència interna de les dades. Degut a l'exercici descriptiu- exploratori en el que s'inscriu el plantejament empíric, l'omissió d'informació en alguna de les dimensions establertes no ha repercutit en l'extracció de les dades i l'anàlisi del contingut posterior.

Extracció de dades

Totes les referències bibliogràfiques importades varen ser revisades a través de l'òptica dels criteris d'inclusió i exclusió per part de l'investigador principal. Els articles duplicats i aquells que no complien amb els criteris d'inclusió varen ser eliminats. Per tal de complir amb els criteris de rigor i els principis d'evidència que caracteritzen les revisions integrals de la literatura (Whittemore i Knafl, 2005), tots els articles identificats en un primer moment es varen exportar a un document d'Excel extern, creant així una base de dades de treball. En la mateixa, l'investigador principal es va encarregar d'analitzar les diferents dimensions de tots els articles continguts i eliminar aquells que apareixien duplicats, i posteriorment amb els que no complien amb els diferents criteris d'inclusió. Amb tot i amb això, en dues ocasions es va haver de posar en contacte amb l'autor dels articles importats que ometien informació rellevant amb la finalitat d'obtenir una resposta que permetés prendre una decisió coherent amb el disseny de la revisió. Al no poder accedir i comprovar la naturalesa d'una de les publicacions, es va decidir no incloure l'article a la mostra final d'estudi.

Anàlisi de les dades

S'ha realitzat una anàlisi qualitativa de les dades extretes en funció de la tipologia de l'estudi, i posteriorment s'ha aplicat la tècnica d'anàlisi del concepte (Risjord, 2009) per facilitar la identificació de les partícules teòriques que caracteritzen el patró d'ús del constructe UPS. En un primer moment, es van dividir els articles entre publicacions teòriques i articles empírics (*theoretical vs empirical papers*)²⁰. En els treballs teòrics es

²⁰ Aquest sistema de classificació ha estat usat prèviament en altres treballs, com per exemple en el de Suárez-Reyes i Van den Broucke (2016). La separació dels articles inclosos en la revisió segons el seu objectiu ens ha permès segregar i examinar amb major grau de detall les diferents categories definides a priori per donar resposta a la següent interrogació: "com es defineix la UPS?".

va utilitzar l'anàlisi del contingut per identificar formes conjuntes en la definició del concepte UPS, mentre que en els articles que desenvolupaven una intervenció respectant els criteris d'inclusió de l'estratègia de recerca es van extreure les dades atenent als indicadors següents: (e) referència; (f) país; (g) objectius (h) mètode/intervenció; (i) avaluació; (j) definició UPS i (k) àrea d'acció.

Per consens, es va considerar catalogar com a “articles teòrics” tots aquells que contenien recomanacions per al procés d'implementació de les Universitats Promotores de la Salut. D'altra banda, es van considerar els “articles empírics” tots aquells escrits que descrivien la implementació del concepte d'UPS a una iniciativa particular. Per assegurar la precisió i la repetibilitat del procés analític, es van extreure les dades dels estudis seleccionats en un formulari d'EpiData creat per a l'estudi, que incloïa seccions relacionades amb les característiques bibliogràfiques (any de publicació, país); característiques, objectius i mètodes dels estudis; i l'anàlisi de les cinc àrees proposades per Dooris et al. (2020). Aquestes dades van ser descrites i revisades de manera independent pels tres autors.

3.4.2. Descripció de l'anàlisi del concepte

Un cop extrets i analitzats cadascun dels articles amb detall, amb la finalitat de profunditzar en la conceptualització del terme s'ha aplicat la tècnica de l'anàlisi del concepte a les publicacions. L'objectiu principal de la recerca en la literatura consisteix en buscar un patró d'ús del concepte (Risjord, 2010). En aquest sentit, la pregunta “*Com es defineix el concepte UPS en la literatura?*” ens ha permès dibuixar un marc conceptual des de dins. Això és, el producte representat sota l'etiqueta de temes genèrics advertits a partir de la revisió documental, és en sí, un mecanisme per articular la funció del concepte en el seu domini, i no el producte d'una activitat aïllada. La selecció de la tècnica de l'anàlisi del concepte pretén complementar l'estratègia utilitzada en la revisió bibliogràfica per proporcionar una resposta unificada a l'objectiu específic primer, com es caracteritza el constructe Universitats Promotores de la Salut. A tal efecte, Morse (2000) suggereix que una avaluació metòdica de la literatura proporciona informació sobre la “utilitat pragmàtica” del concepte; les característiques essencials i les diferents adaptacions al context per part d'altres investigadors.

L'anàlisi de conceptes com a eina metodològica per a l'exploració de significats té la seva arrel epistemològica en la filosofia del llenguatge (Rodgers, 2000). El seu desenvolupament instrumental ha estat intrínsecament vinculat amb la disciplina de la infermeria i la consolidació de la mateixa mitjançant l'exploració de nous preceptes teòrics i models específics afins a les problemàtiques particulars plantejades per la ciència. En aquest procés de transformació, l'anàlisi de l'ús i les característiques dels conceptes esdevé la base conceptual des de la qual desenvolupar noves aproximacions teòriques més concretes amb la formació de coneixement. Per a alguns autors com Fawcett (1978), Walker i Avant (1983) o King (1988) els conceptes són les unitats bàsiques de coneixement; són "els blocs de construcció de la teoria".

En quant al tipus d'estratègia utilitzada, hem optat per considerar la proposta constructivista de Risjord (2009) com a punt de partida conceptual. Si bé l'autor focalitza més esforços en la descripció dels orígens i les implicacions filosòfiques de la tècnica respecte a altres contribucions instrumentals, la diferència terminològica assenyalada entre l'aproximació teòrica i la col·loquial exemplifica, d'una manera sintètica i descriptiva, el fil argumental de la proposta metodològica estructurada en la present investigació de camp. Mentre que *l'anàlisi teòric del concepte*, té per objectiu representar els conceptes tal i com apareixen en la literatura científica especialitzada, *l'anàlisi col·loquial*, procura evidenciar les representacions particulars d'un grup concret de persones. L'anàlisi d'aquesta darrera tipologia inclou la utilització d'entrevistes, les observacions de camp participant i l'anàlisi del discurs. En el cas particular de la nostra investigació, el tractament col·loquial s'ha estructurat mitjançant l'aproximació conjunta de les tècniques quantitatives i qualitatives exposades en l'apartat 3.4.

La proposta metodològica emprada és una adaptació de les estratègies suggerides per Rodgers (1993) i Walker i Avant (2005). Les estratègies utilitzades estan exposades en la Taula 4.

Taula 4

Estratègies d'anàlisi del concepte

Rodgers (1993, 2000) “Evolutionary view”	Walker i Avant (2005) Desenvolupament de la proposta de Wilson (1963)
1. Identificació i definició del concepte 2. Identificació de termes substitutius 3. Selecció de la mostra 4. Identificació dels atributs 5. Identificació de les referències, els antecedents i les conseqüències 6. Identificació dels termes relacionats 7. Identificació d'un cas model	1. Selecció del concepte 2. Determinació dels propòsits de l'anàlisi 3. Identificació dels usos del concepte 4. Identificació dels atributs definitoris 5. Identificació d'un cas model 6. Identificació de casos contraris 7. Identificació dels antecedents i les conseqüències 8. Definició dels referents empírics

Nota. Elaboració pròpia adaptada de les teories de Rodgers (1993, 2000) i Walker i Avant (2005)

La combinació estratègica de la revisió exhaustiva de la literatura i la conseqüent filtració de les particularitats essencials mitjançant l'aplicació dels principis de l'anàlisi del concepte, ens ha permès identificar d'una manera estructurada i clara, la construcció de significats conjunts en la literatura respecte a un mateix constructe que presenta dificultats per ser aproximat i mesurat directament mitjançant els mètodes d'anàlisi tradicionals.

Les diferents aproximacions utilitzades en l'aplicació de la tècnica de l'anàlisi del concepte estan sustentades en els mateixos criteris d'inclusió definits en la importació de les referències inicials utilitzats per a l'anàlisi bibliogràfic. Després de revisar les característiques comunes de l'aplicació del constructe en la literatura científica especialitzada, l'aplicació combinada de les dues propostes especificades per analitzar les particularitats fenomenològiques i pragmàtiques del terme “Universitat Promotora de la Salut”, implicarà determinar els atributs definitoris, els antecedents i avaluar les conseqüències associades a la manipulació del mateix. Addicionalment, la identificació dels diferents usos i els termes substitutius emprats en les referències publicades serà d'especial rellevància per limitar el context gnoseològic d'operació i il·lustrar una definició el més acurada possible representativa de les característiques idiosincràtiques del terme UPS. De manera succinta, les diferents etapes seguides per a l'extracció de les característiques del concepte UPS es poden resumir en els passos següents. Aquests són:

- 1) Seleccionar un concepte.
- 2) Determinar el propòsit d'anàlisi.

- 3) Identificar els atributs del concepte.
- 4) Identificar els casos model- aquells casos que contenen tots els atributs definitoris.
- 5) Construir un model de cas o paradigmàtic.
- 6) Seleccionar els casos addicionals- inclou els casos contraris (aquells en els que no es mostren els atributs característics); els casos *borderline* (inclou algun dels atributs, però no tots); els casos relatius (presenta alguns dels atributs definitoris però també elements que es poden confondre).
- 7) Identificar els antecedents (són aquells esdeveniments o incidents que tenen lloc abans de l'ocurrència del concepte) i les conseqüències (resultats que s'obtenen un cop es manifesta el concepte).
- 8) Definir les referències empíriques- són categories de fenòmens reals que en la seva existència demostren l'ocurrència del concepte.

3.4.3. Descripció de l'anàlisi documental

Després de realitzar una revisió exhaustiva de la literatura i de l'anàlisi de les característiques que defineixen el constructe en el pla teòric, en aquesta fase del procés d'investigació s'ha efectuat una recerca documental sobre l'aplicació del constructe UPS en les universitats de la Xarxa Vives. A tal efecte, s'han consultat informacions compartides públicament sobre la promoció de la salut en els canals electrònics de les diferents universitats membre de la Xarxa Vives amb un doble propòsit:

a) identificar les accions implantades en el context universitari per promoure la salut dels diferents agents que el componen i que puguin ser rellevants per a la construcció d'un context universitari facilitador de salut i de benestar.

b) analitzar la implementació del constructe Universitat Promotora de la Salut en les universitats reconegudes amb l'etiqueta de "saludables" de la Xarxa Vives d'Universitats.

És important recordar que la XVU és una associació sense ànim de lucre que representa a un percentatge significatiu de les universitats de la costa mediterrània de parla catalana, i que l'adhesió a la mateixa no proporciona l'etiqueta "d'universitat promotora de la salut" o "universitat saludable". De fet, de les 22 institucions membre de la XVU, 14 integren

la REUPS, la xarxa nacional espanyola d'universitats promotores de la salut, i 12 més formen part de la Xarxa Catalana US.cat d'universitats saludables.

L'explotació de les dades recollides en les diferents fonts bibliogràfiques consultades s'han estructurat mitjançant l'anàlisi del contingut (Elo i Kyngäs, 2009). L'aplicació d'aquest tipus de mètode analític, representa un punt de partida adequat per contextualitzar les pràctiques en promoció de la salut i dilucidar sobre aspectes inherents a la naturalesa del fenomen des de dins (Merriam, 1988). Així mateix, l'anàlisi de documents com a tècnica immanentment qualitativa permet a l'investigador generar una impressió inicial de l'objecte d'estudi a partir de la qual organitzar accions de recerca posteriors.

D'aquesta manera, s'ha elaborat una anàlisi documental de les activitats i de les accions efectuades per les universitats de la XVU per promoure la salut dels membres que la freqüenten a partir de l'escrutini minuciós de la informació continguda en els dominis públics de les vint-i-dues universitats, a partir del qual, posteriorment s'han categoritzat les diferents comunicacions en un conjunt d'indicadors i d'ítems de treball definits prèviament a partir dels resultats obtinguts en la revisió exhaustiva de la literatura que han permès agrupar les diferents universitats en conjunts d'anàlisi homogenis mitjançant l'aplicació de la tècnica d'anàlisi de clúster jeràrquic reportada amb major grau de detall en l'apartat 3.4.4.

La codificació de la correspondència albirada en un primer moment en un conjunt d'indicadors teòrics definits prèviament (veure resultats de l'anàlisi del concepte), ha permès cartografiar des de la seqüència estadística, les similituds i divergències en l'operativització dels principis i les accions concretes característiques d'una universitat promotora de la salut, o saludable, i classificar en grups teòrics les diferents institucions en funció de l'adopció i la implementació dels propis referents enunciats en la literatura. Amb tot, els resultats obtinguts de l'aplicació conjunta de l'anàlisi del contingut i de la HCA no s'han d'interpretar en termes absoluts, ans com una reflexió descriptiva i explicativa de les característiques instrumentals en un moment temporal determinat. El model descrit i la prospecció de la informació efectuada han assentat les bases de l'activació de les diferents eines metodològiques proposades en les fases posteriors, a la par que han aprofundit en una major comprensió de les particularitats de cada un dels

membres de l'univers d'estudi. En l'apartat 4.2.2. del capítol de resultats es descriuen amb detall el procediment i les característiques del model analític generat.

3.4.4. Descripció de l'anàlisi de clústers: Anàlisi de Components Múltiples i Anàlisi de Clústers Jeràrquic

Després de classificar tota la informació documental en una base de dades conjunta, i d'haver codificat cada una de les informacions en funció de la seva disponibilitat mitjançant un sistema binomial (sí / no), s'han elaborat anàlisis estadístiques descriptives de cada un dels indicadors definits. Tot seguit, a voluntat d'aprofundir en la caracterització de cada una de les universitats integrants de la XVU en funció de l'administració i implementació dels elements de treball teòrics pronunciats en la bibliografia del tema, s'han utilitzat la tècniques d'Anàlisi de Components Múltiples i Anàlisi de Clúster Jeràrquic per identificar patrons comuns entre totes les institucions participants.

L'Anàlisi de Components Múltiples és una tècnica estadística multivariada que permet detectar estructures conjuntes en una base de dades categòriques o nominals mitjançant el càlcul i la representació gràfica en forma de punts de les informacions seleccionades en un espai comú (Greenacre i Blasius, 2006). Atenent al sistema nominal utilitzat per classificar els documents en cada un dels indicadors en l'inici, l'aplicació d'aquesta tècnica ens ha possibilitat detectar la relació entre universitats, així com l'associació entre indicadors (en funció de la seva aplicació) mitjançant el càlcul de la distància Euclidiana en l'espai. En termes operatius, la separació entre universitats s'ha considerat a partir de les categories compartides conjuntament, i la relació entre indicadors i universitats ha estat representat gràficament en un mapa de factors construït sobre dues dimensions.

Sustentada en la lògica de reducció de conjunts i la hipotètica existència d'un patró homogeni compartit entre universitats en l'aplicació dels indicadors definits a l'inici, es va executar la tècnica HCA utilitzant el mètode de Ward per minimitzar la variància dins del clúster i maximitzar-la entre agrupacions (Ward, 1963). Així mateix, es van utilitzar les puntuacions de cada una de les dimensions per generar clústers o agrupacions entre universitats amb un perfil similar. Atenent al sistema de codificació utilitzat, en aquesta fase de la recerca es van re-codificar cada una de les variables en tres opcions de resposta

ordinal. La prova de chi-quadrat es va aplicar per testar les diferències entre clústers, amb un valor establert de diferència estadísticament significativa en $p < 0.05$.

Totes les anàlisis han estat realitzades amb el software estadístic SPSS v29.

Aproximació quantitativa

3.4.5. Descripció de l'instrument de recollida de dades: l'enquesta

La utilització de l'enquesta com a eina metodològica de recollida de dades és una estratègia recurrent en els estudis de recerca poblacionals. D'entre les diferents tipologies d'enquesta utilitzades amb freqüència en les ciències socials, hem optat per l'elaboració d'una enquesta electrònica mitjançant l'aplicació "*Lime survey*". De manera similar a la proposta realitzada en aquest treball, en un estudi anterior al Regne Unit, Dooris i Doherty (2010a) varen utilitzar les propietats ofertes pels recursos electrònics per conèixer les activitats desenvolupades per algunes institucions educatives d'ensenyament superior en relació a la promoció de la salut en el context universitari.

L'elecció d'aquesta tècnica com a artefacte sistemàtic per conèixer l'estat de la qüestió d'interès en l'univers mostrat definit obeeix a una sèrie de proposicions que se'n deriven directament del procediment metodològic i de les pròpies característiques instrumentals. En primer lloc, és una tècnica relativament senzilla i àgil de recollida d'informació que possibilita a l'investigador aplicacions massives en contextos socials i culturals dispars amb una inversió de temps relativament curta.

Paral·lelament a la variable temporal i de forma relacionada amb el binomi costos-beneficis, l'estructura de la configuració de la pròpia eina organitza de manera estandarditzada els diferents ítems que són comuns a tots els participants, el qual facilita l'oportunitat de realitzar anàlisis més complexes com per exemple comparacions intra-grupals. En el nostre cas concret, les dades compilades de les diferents universitats participants a l'estudi ens ha permès efectuar anàlisis en diferents nivells d'interpretació. Sense descuidar les propietats "positivistes" atribuïdes a l'enquesta recollides per Alvira (2011), una altra raó de decisió obeeix a la naturalesa de la informació que ens interessa recollir. El grau de profunditat sobre les percepcions socials de les partícules d'informació recollides és superficial. És a dir, el grau de coneixement establert per les categories

definides en l'enquesta no busca comprendre en profunditat la causa de les eleccions necessàriament dels subjectes participants, sinó la representació d'un fenomen comú en funció de la pròpia experiència subjectiva. Finalment, l'administració de la mateixa a una mostra representativa de la població d'estudi permet obtenir informació rellevant sobre diferents aspectes i inferir-los en termes estadístics a un conjunt mostral més ampli del sector de la societat avaluat. Malgrat aquest últim argument no sigui del tot convergent amb els propòsits descrits en el present treball, les possibilitats introduïdes per l'enquesta transcendeixen les limitacions estructurals i formulen directrius futures d'acció pràctiques.

En primer lloc, cal recordar que el tipus d'informació que cerquem en aquesta fase és congruent amb l'objectiu general del treball, i per tant, amb la promoció de la salut en el context universitari. Específicament, és d'especial interès copsar les percepcions de l'estudiantat i els treballadors i les treballadores en relació al potencial de la universitat per esdevenir un context promotor de la salut. En termes més concrets, el que s'anhela és recol·lectar d'una manera objectiva mitjançant l'administració d'una tècnica validada lògica i mètricament, les formes individuals i col·lectives d'entendre i interpretar els factors del context universitari. Bé que existeixen algunes eines comercials formalitzades en els últims anys per identificar els estils de vida de l'estudiantat, tal i com s'ha descrit en el marc teòric, cap de les tècniques constituïdes està configurada pròpiament sobre les actituds individuals, ans sobre aspectes circumdants a la promoció de la salut com els hàbits alimentaris i el rendiment acadèmic (Antonopoulou et al., 2020) o dimensions organitzacionals (Grossman i Scala, 1993).

Relacionat amb el punt anterior i la disponibilitat de les tècniques de recollida d'informació disponibles en l'àmbit de recerca, irromp la necessitat detectada d'elaborar un instrument per a la causa sense descuidar els estàndards de qualitat metodològica que s'exigeix a la recerca en ciències socials i de la salut. En el nostre cas particular, la tècnica del qüestionari ens ha permès traduir variables empíriques, com els "actius en salut" o la "Universitat Promotora de la Salut", en preguntes concretes capaces de proporcionar respostes fiables, vàlides i coherents amb els propòsits de la recerca (Casas et al., 2003).

Un tercer aspecte a destacar té relació amb l'operativització i traducció de les variables teòriques en ítems concrets i fàcils de comprendre. Per tal de garantir els supòsits de fiabilitat i de validesa de l'instrument, la llista d'ítems inicial ha estat reduïda a una versió

preliminar després del tractament de les dades per part de dues expertes en la matèria. Un cop introduïdes les millores suggerides, la versió inicial de la proposta metodològica ha sigut validada lògicament per un panell d'experts (Bakieva et al., 2019) externs a la investigació. Tots aquests aspectes relacionats amb el disseny i l'avaluació de l'enquesta queden explicats amb major grau de detall en l'apartat 3.4.5.1.

Pel que fa a la codificació dels ítems inclosos en la versió final de la tècnica, un cop registrades les dades a partir dels qüestionaris correctament complimentats, s'ha procedit a efectuar una categorització *a priori* de les respostes emeses seguint criteris específics per a cadascun d'ells. L'anàlisi exhaustiu de les referències bibliogràfiques i les diferents formulacions conceptuals referenciades en el marc teòric han facultat la instrumentalització de les premisses evidenciades en l'aproximació inicial sota la forma d'un qüestionari empíric.

Finalment, en base al sistema de categorització emprat en cadascuna de les dimensions contemplades s'ha aplicat un tractament estadístic per a cada unitat mostral d'anàlisi. Tal i com s'especifica en l'apartat següent tots els ítems han estat formulats de manera positiva, fet pel qual no s'ha hagut de procedir a cap mena de recodificació.

3.4.5.1. Disseny de l'enquesta

Per a l'elaboració de l'instrument de recollida de dades hem tingut en compte les particularitats tècniques assignades a l'enquesta en relació amb els objectius de recerca definits. Concretament, ens hem servit principalment de preguntes curtes amb opcions de resposta obertes en alguns casos, i múltiples prefigurades en els altres. Totes les preguntes han estat redactades de manera neutral, positiva i amb una única sentència lògica per tal d'afavorir la comprensió de l'element central d'interès i evitar produir confusió en les persones enquestades. D'altra banda, en quan a l'ordre de l'enquesta, les preguntes s'han agrupat en tres apartats o temàtiques, cadascun d'ells precedit per una pregunta introductòria. En primer lloc, s'ha presentat de manera descriptiva l'objectiu i la intenció de l'enquesta. Tot seguit, després de l'oportuna presentació, es desenvolupen les qüestions anomenades "dades sociodemogràfiques". Dins d'aquest primer apartat, es presenten cinc ítems transversals: identitat de gènere, edat, universitat, relació amb la universitat i mitjà de desplaçament habitual fins a la universitat. Malgrat aquest darrer no

es pot considerar en plenitud un aspecte sociodemogràfic com a tal, la inclusió del mateix en el primer bloc és concordant amb alguns dels propòsits específics de la investigació. Amb la finalitat d'obtenir informació específica en funció de la relació de l'enquestat amb la universitat, l'ítem homònim exerceix un paper discriminatori. És a dir, depenent de l'opció de resposta seleccionada (si és una persona treballadora o estudiant/a), l'aplicació electrònica desplega un conjunt de preguntes o unes altres.

Seguidament, un cop definides les preguntes inicials, es desenvolupen els ítems centrals relatius al constructe “la universitat com a entorn promotor de la salut”. Contràriament a la part introductòria en la que la presentació d'alguns dels ítems estava condicionada a l'elecció de resposta seleccionada en l'ítem precedent, les diferents preguntes formulades en aquest apartat són comunes a tots els participants. El propòsit d'aquest apartat és explorar les percepcions dels agents universitaris sobre la promoció de la salut en aquest context i les seves experiències personals amb la mateixa. A continuació, es presenten preguntes concretes sobre accions per promocionar la salut: tipus d'accions, participació, freqüència, limitacions. Més endavant, en la part final s'inclouen algunes qüestions sobre les preferències personals de la persona enquestada. Finalment, s'indaga sobre els actius o els elements del context universitari que pel subjecte tenen un significat positiu. És a dir, disposicions que tenen un impacte beneficiós per a la salut i són percebudes com a fonts generadores de benestar. En definitiva, l'enquesta consta d'un total de 39 variables agrupades en tres apartats.

Considerant les hipotètiques fonts de biaix de les respostes a l'instrument dissenyat, com l'efecte “halo”, s'ha utilitzat la tècnica de l'embut per organitzar les preguntes de manera seqüenciada dels aspectes més genèrics a qüestions més específiques. Així doncs, en un primer moment es presenten les proposicions de marcat caràcter general i a mesura que es succeeixen els ítems es defineixen preguntes orientades a copsar les percepcions més personals. La disposició estructurada de totes les formulacions en forma de llista ordenada i agrupades per tòpics és un element rellevant a considerar tenint en compte la naturalesa auto administrada i el mitjà de difusió de l'instrument. Per tal de facilitar la comprensió de l'objecte preguntat i promoure l'obtenció del major nombre de rèpliques possibles, en alguns ítems s'han definit preguntes tancades amb una bateria de respostes prefixades a elegir. La utilització d'aquest tipus de pregunta, pragmàtica en la concreció dels resultats, s'ha complementat amb ítems de resposta oberta en aquells casos en els que el mòbil

d'atracció era l'opinió directa del participant. Aquest tipus de plantejament semàntic, és reconegut en els manuals de metodologia com una forma adequada i particularment útil d'obtenir informació d'aspectes poc investigats o bé per aprofundir en la indagació d'una opinió particular (Phillips et al., 2013; Vinuesa, 2005). En el nostre cas concret, ambdós plantejaments teòrics tenen cabuda en la justificació del disseny empíric confeccionat.

Respecte a l'extensió de l'instrument, el temps d'administració registrat en la prova pilot oscil·lava entre els 5 i els 15 minuts per enquesta. Creiem que tant la configuració tècnica de la prova, com la redacció dels ítems pròpiament, presenten unes particularitats admissibles respectant les característiques de la mostra per a la maximització de respostes i la disminució de biaixos produïts per l'arquitectura de l'instrument, la fatiga o, simplement, el desinterès en la contestació.

Definició dels ítems

Un cop identificades les mancances en el repertori instrumental disponible per donar resposta als objectius de la recerca, i analitzades les diferents contribucions teòriques a la llum de la revisió exhaustiva de la literatura i la particularitat en termes de dimensions del constructe central, comença el procés real d'elaboració dels ítems. Seguint les recomanacions de Nunnally (1978), en un primer moment es varen redactar aproximadament el doble nombre d'ítems que les preguntes incloses en la versió final de l'instrument. L'exposició deliberada però contrastada amb els principis metodològics de formulacions proposicionals ens ha permès configurar amb major grau d'exactitud les diferents dimensions del constructe teòric garantint així, la cobertura en un grau de probabilitat elevat dels objectius pretesos.

Dimensions de la Universitat Promotora de la Salut

L'estratègia utilitzada per a la confecció de la proposta inicial ha consistit en operativitzar aquelles dimensions que són de particular rellevància per als objectius de la recerca en un conjunt d'àrees teòriques d'interès.

Per a la configuració de les diferents dimensions d'anàlisi es va prendre com a punt de referència el model teòric de Dooris (2004) influenciat pels principis de la tradició

socioecològica²¹. En ell, l'acadèmic britànic il·lustra de manera esquemàtica les característiques i les relacions entre els diferents factors que conflueixen en el context universitari en el que la institució es codificada com un sistema de relacions internes i externes que en el seu conjunt delimiten un entorn físic particular amb unes dinàmiques exclusives. La proposta, més àmpliament descrita en el capítol IV del marc teòric, de forma conjunta amb les evidències identificades en l'anàlisi bibliogràfic, representa una primera aproximació a partir de la qual sintetitzar les construccions teòriques en ítems de treball que ens acostin a l'estudi de la realitat.

Propietats dels ítems

En el procés de dissenyar un qüestionari, més enllà dels aspectes formals d'estructura, un element capital per assegurar la màxima fiabilitat i validesa en les respostes està relacionat amb la formulació de les preguntes. Tal i com assenyala Martínez (2002), la manera en com els ítems es presenten als enquestats pot adduir diferències significatives en les respostes. Aquestes discrepàncies aparentment anodines poden alterar en un sentit estricte la capacitat de l'instrument de mesurar aquell constructe pel qual s'havia configurat, i per tant, alterar no únicament la naturalesa de la resposta sinó que interfereix en la construcció lògica i jerarquitzada de tot el plantejament de la recerca.

A fi de redactar els ítems inclosos en la versió preliminar de la manera més precisa possible, i evitar d'aquesta manera condicionar l'orientació de les respostes s'han seguit els suggeriments enunciats en diferents publicacions i manuals de referència (Blaxter et al., 2000; Gideon, 2012; Glasow, 2005; Sampieri et al., 2003) i treballs específics sobre la projecció de recerca aplicada mitjançant la utilització de dispositius digitals (Ball, 2019; Sue i Ritter, 2011; Van Selm i Jankowski, 2006). Aquests inclouen:

- Redacció dels ítems: els ítems formulats eren clars, senzills, comprensibles i concrets. Seguint les recomanacions de Padua et al. (1987), cap de les preguntes redactades ha excedit les vint-i-cinc paraules recomanades.

²¹ D'acord amb els principis de la perspectiva ecològica, la conducta humana és el producte parcial o total de la confluència de factors en diferents nivells en un espai de temps determinat. Per profunditzar en l'anàlisi de l'orientació ecològica es recomanen les lectures de Stokols (1992, 1996) Stokols et al. (2003) i McLeroy et al. (1988), entre d'altres.

- Quantitat d'ítems: donat que no existeix una regla clara al respecte, el número de preguntes incloses en el qüestionari ha estat condicionada principalment per dos factors: la disposició de les variables a traduir i el mitjà d'administració. Tenint en compte la naturalesa electrònica del canal principal de difusió i el caràcter primerenc del constructe escodrinyat, el nombre d'ítems redactats s'ha cenyit exclusivament a preguntar per aquells elements que són imprescindibles per argumentar una resposta concreta basada en l'evidència científica.
- Presentació de l'instrument: Amb la finalitat de motivar les persones enquestades i facilitar la comprensió del motiu de l'elecció, en l'apartat introductori del qüestionari s'exposava de manera breu i concisa els objectius de la recerca i l'estructura de l'instrument. Tant l'anonimat en les respostes com la voluntarietat de la participació també estaven exposats en la caràtula inicial precedent a l'inici de l'enquesta. En el cas que la persona decidís acceptar la invitació després d'haver llegit les instruccions inicials, automàticament el programa activava la presentació de les diferents preguntes contingudes en el qüestionari. Si per contra, el participant decidia de manera premeditada no contribuir a la investigació després d'haver llegit tota la informació tècnica continguda en l'apartat preliminar de la prova, aquest podia rebutjar la petició i tancar la finestra electrònica sense cap inconvenient o agreujant.

Biaixos

Tradicionalment, l'anàlisi de la relació entre l'objecte d'estudi i el científic que vol investigar ha constituït un problema central en els debats de l'epistemologia de la ciència en general i en les ciències socials en particular. No creiem oportú en aquesta posició del treball estendre en quantitat els passatges dialèctics enfrontats en la confrontació ideològica sobre la naturalesa de la realitat i la funció del investigador. No obstant, de manera exemplificadora de les múltiples fonts d'error possibles en l'adopció d'una perspectiva particular, ens resulta interessant el pensament declamat per Méndez (1978, p.95) quan enuncia “que l'objectivitat només és accessible a investigadors imparcials que mantenen una posició de neutralitat en relació amb els diferents problemes”. De manera similar, i mitjançant la utilització de vocables diferents, Sánchez (1975) defineix

l'objectivitat del científic com una força de voluntat de sostroure's de tota forma de subjectivitat²².

Els conceptes tals com objectivitat i subjectivitat creiem tenen cabuda en aquest paràgraf, en tant que l'objecte d'estudi del treball són les percepcions individuals. Alguns autors com Gadamer (1984) o Maturana (2009), han discutit els límits de la condició subjectiva respecte a la configuració del coneixement científic, arribant a la conclusió que la influència del factor cultural i social condicionarà sempre la construcció individual d'afrontar l'anàlisi de la realitat, supeditant així, les possibilitats d'esdevenir un ser purament objectiu davant els esdeveniments socioculturals i les experiències personals que l'envolten als efectes de l'activitat sociohistòrica preexistent en l'individu en tant que ésser social.

Les dues cites recuperades de camps aliens a la temàtica d'estudi que aquí ens ocupa, representen amb major grau de reproductibilitat dues màximes que, amb independència de l'àmbit de recerca, manifesten una interrogació latent en l'anàlisi de la realitat: la posició de l'investigador respecte l'objecte de desig i les formes operatives per accedir al nucli del significat de l'objecte avaluat. En el cas de la primera sentència, el destret que suposa la distància entre l'investigador i l'anàlisi del potencial de les universitats per esdevenir entorns promotors de la salut queda emparat per la configuració del disseny metodològic. En segon lloc, i de forma estreta amb les arrels potencials associades als errors de mesura, els recursos instrumentals utilitzats en les diferents aproximacions explotades han estat sotmesos a inspeccions de qualitat i transparència.

En un instrument de mesura, l'objectivitat es refereix al grau en que aquest és inalienable amb els biaixos i les tendències dels investigadors que els administren, però també de les respostes argumentades pels enquestats (Mertens, 2010). Tenint com a referents les possibles fonts d'error en la redacció de les preguntes, en la segona revisió dels ítems inclosos en la versió preliminar depurada es va procedir al tractament (després de reduir la primera proposta) per evitar, en la mesura de les nostres possibilitats, reduir els biaixos més freqüents que poguessin alterar les futures respostes. Respectant la relació entre la qualitat del disseny de l'instrument i les dades obtingudes, en tant que les propietats de

²² En un treball de revisió sobre l'obra ideològica de Sánchez, Cabrera (1976) recupera els principis crítics advertits per l'autor i emet a judici interrogatiu la puresa ideològica de la ciència en termes d'absentisme subjectiu.

les preguntes pot afectar les virtuts de les respostes (Payne, 1951), en l'elaboració de l'enquesta en un inici, i en el procés d'administració posterior, s'han estimat les màximes precaucions per evitar incórrer en qualsevol tipus de tergiversació que pogués alterar les propietats de l'objecte analitzat.

Tot seguit es llisten els biaixos considerats com a potencials fonts d'error:

- Desitjabilitat social (Andersen i Mayerl, 2017; Bispo, 2022): és la tendència a respondre d'acord amb les expectatives socialment acceptades per davant de les preferències personals.
- Efecte halo, és la influència que exerceixen algunes preguntes sobre les respostes a qüestions plantejades amb posterioritat. Aquesta font de contaminació en les respostes es va intentar moderar amb l'aleatorització d'alguns dels ítems i la utilització de la tècnica de l'embut o de la dispersió en el cas de l'apartat destinat a la promoció de la salut. Segons Casas et al. (2003), aquesta estratègia és efectiva per evitar que l'orientació d'una determinada resposta condicioni els valors o les percepcions atorgades als ítems posteriors, i per tant, per fiançar la veracitat en les respostes proporcionades.
- Aquesccència: és la propensió a respondre de manera afirmativa a l'enunciat de l'ítem (Adorno et al., 1950). La manera seleccionada per controlar aquest factor de variància ha estat la variabilitat en el format de les opcions de resposta disponibles. Per evitar que les persones responguessin de manera ambigua i sense implicació amb el postulat, alguns ítems com "la participació en esdeveniments promotors de la salut" s'han formulat amb una escala de resposta d'opcions múltiples en detriment d'una alternativa dicotòmica.
- Biaix de prestigi: apareix quan la persona o el grup de persones enquestades s'associa implícitament amb una de les opcions de resposta designades (Neuman, 2013). Per exemple, en l'ítem "Quins d'aquests serveis hauria d'assumir la responsabilitat de promoció de la salut a la universitat?" les opcions de resposta s'exposen de manera predeterminada amb una opció de resposta oberta alternativa. Si en comptes de proporcionar una llista d'alternatives pre-definida, la pregunta hagués al·ludit directament algun càrrec en concret les opinions dels enquestats podria haver-se vist condicionada per la direccionalitat en la redacció de la interpel·lació.

3.4.5.2. Estructura de l'instrument

Prenent en consideració els objectius del treball, així com les disposicions sociodemogràfiques de les unitats mostrals incloses en la mostra d'estudi, el qüestionari elaborat està configurat per ser administrat i difós de manera electrònica. En la primera plana o "pantalla", en el cas digital, abans d'accedir pròpiament a la contestació de les preguntes es presenta l'objectiu de recerca, els motius d'elecció, l'estructura de l'enquesta (número d'ítems i temps de demora en la resposta aproximat) i els agraïments per la seva participació. Aquells casos en els que la persona enquestada decidia acceptar la invitació, automàticament el programa informàtic presentava de manera ordenada el repertori proposicional desenvolupat per a la causa. Si després de llegir el document introductori explicatiu el participant decidia no atorgar el seu consentiment de manera voluntària d'inclusió a l'estudi simplement havia de rebutjar la invitació tancant la finestra generada per l'enllaç electrònic.

Els aspectes relacionats amb la presentació i la forma d'administració del qüestionari és un aspecte transcendental en el compliment de les bones pràctiques en recerca. L'estructura prefigurada de l'instrument de recollida de dades ha estat desenvolupada per garantir amb la màxima transparència i rigor científic la participació voluntària i sincera de les persones enquestades. A part de les formalitats mencionades en l'apartat inicial del qüestionari, en el cos i el tancament de l'instrument també s'han consolidat un conjunt de directrius tècniques per facilitar la comprensió dels objectes avaluats i garantir al màxim la sinceritat en les respostes (Sampieri et al., 2003). Entre els axiomes suggestius contemplats en destaquen: la presentació clarificadora de les diferents preguntes definides en relació als principals constructes desglossats en forma d'ítems concisos i garantint l'exhaustivitat en l'abast de la complexitat dels fenòmens i l'organització estructurada dels blocs de preguntes, dedicant un espai inicial a qüestions més superficials, en el cas desenvolupat, preguntant sobre dades sociodemogràfiques i continuant amb preguntes específiques relacionades amb elements teòrics d'índole heterogènia sense està considerats una categoria pròpia. Malgrat no s'hagin trobat interferències en la posició jeràrquica dels artefactes personals (Giles i Field, 1978), s'ha optat per disposar les dades demogràfiques i socials a l'inici per facilitar l'anàlisi posterior amb la pregunta filtre "relació amb la universitat". En funció de l'opció de resposta seleccionada en aquest ítem, el nombre desplegable de qüestions posteriors era diferent, adaptat i configurat

específicament a cada cas per poder fer extensible l'instrument a tots els membres de la comunitat universitària.

A diferència de l'estratègia utilitzada en la dimensió general, en la que les preguntes s'han ordenat dels aspectes més generals als més específics, en el bloc central de preguntes dedicades al constructe "Universitat Promotora de la Salut" s'ha utilitzat la tècnica de l'embut invertit (López-Roldán i Fachelli, 2015). L'elecció d'aquest tipus de tècnica ens ha permès aportar un marc de referència comú a totes les persones enquestades, amb independència del grau de coneixement sobre el tema que aquestes poguessin tenir.

Al final del qüestionari s'oferia l'oportunitat als participants d'obtenir més informació sobre la temàtica i s'agraïa novament la seva implicació. Si les persones responien positivament a l'ítem amb opció de resposta dicotòmica "participació futura", podien escriure amb caràcters alfanumèrics una direcció de correu electrònic que possibilités el contacte futur amb l'investigador. Totes les respostes reportades varen ser centralitzades automàticament pel programa en una direcció electrònica pròpia.

3.4.5.3. Revisió pel panell d'experts

Un cop pre-establerta l'estructura de la versió original del qüestionari, es va contactar amb un grup d'experts en matèria de promoció de la salut per tal d'avaluar la validesa de contingut de l'instrument dissenyat. En termes psicomètrics, la validesa de contingut refereix a la mesura en que els ítems redactats i contemplats en el qüestionari són representatius del constructe teòric que es pretén avaluar (Shultz i Whitney, 2005). Dit d'una altra manera, i adaptat a l'objecte d'estudi que ens ateny, el propòsit darrer de l'aplicació d'aquest indicador psicomètric és contrastar i verificar si els diferents reactius definits en l'instrument realment mesuren l'essència del constructe Universitat Promotora de Salut. A tal efecte, es varen seleccionar 9 experts, tots ells especialistes en l'àmbit de la salut i amb més de 5 anys d'experiència professional, i se'ls va convidar a participar en aquesta etapa inicial de validació de l'instrument de recollida de dades de l'aproximació quantitativa.

En el procés de selecció i conformació del panell dels experts es va prendre com a recurs de referència la proposta elaborada per Jasper (1994), qui considera que els experts participants han de complir com a mínim amb un dels cinc criteris següents: (1) habilitat

o coneixement adquirit a través de l'experiència pràctica o professional; (2) habilitat i coneixement específic obtingut mitjançant la realització de cursos de postgrau en institucions acadèmiques; (3) capacitat d'administrar test i probes específiques de la seva especialitat; (4) persona que ocupa una posició laboral reconeguda per diferents autoritats en l'àrea de treball.

La participació de cadascun dels participants es va efectuar mitjançant l'aproximació denominada agregació individual, en la que cada un dels experts va respondre de manera independent, anònima i confidencial, a expenses de l'amidament dels altres participants (Cabero i Llorente, 2013). L'aplicació d'aquest tipus de recurs metodològic respon a la necessitat de vetllar per la màxima transparència en la determinació i el compliment dels diferents criteris d'avaluació definits per a cada una de les qüestions.

Un cop definit el panell d'experts, es va contactar directament amb cada un d'ells per correu electrònic i de manera adjunta al mateix se'ls va proporcionar una carta de participació explicant els objectius de la prova, el propòsit de l'instrument, així com les indicacions procedimentals necessàries per poder avaluar d'una manera homogènia els diferents ítems inclosos en la versió inicial de l'enquesta. L'Annex II recull el document de participació a l'estudi enviat als experts.

A part de les directrius formals i els criteris d'avaluació, també se'ls va conferir en el mateix document un espai per a l'enunciació de suggeriments i canvis aliens a la mera puntuació numèrica, a de més d'un camp en blanc per poder opinar obertament sobre la rellevància de l'instrument. Per tal d'evitar biaixos en les valoracions, no es va addicionar en el canal comunicatiu cap informació teòrica relacionada amb la temàtica.

Amb l'objectiu d'aprofundir en la comprensió lògica de l'enquesta, es va demanar als participants que valoressin tres criteris independents segons una escala ordinal de quatre punts per cada un dels ítems. A saber:

- Claredat: la comprensió de l'ítem és clara i fàcil.
- Adequació: la presència de l'ítem en l'instrument manté una relació lògica amb la dimensió que està mesurant.
- Pertinença: l'ítem és important, i per tant, requereix de ser inclòs.

En un primer moment, els resultats de la validació dels experts van ser analitzats mitjançant l'aplicació de la prova W de Kendall (Kendall, 1955) amb el software estadístic RStudio. Tot seguit, després d'executar i considerar els paràmetres psicomètrics, es van discutir amb les dues directores de tesi la idoneïtat d'introduir els suggeriments indicats de manera independent per cada un dels avaluadors.

Tots els experts varen participar a l'estudi de manera altruista. Així mateix, totes les dades personals aportades estan protegides per la Llei orgànica 29/2021 aprovada el 28 d'octubre qualificada de Protecció de Dades Personals.

3.4.5.4. Estudi pilot

La primera versió de l'escala, un cop definida la seva estructura, va ser pilotada per diferents col·lectius d'estudiants de la Universitat d'Andorra. En concret, en la primera administració de la prova hi van participar alumnes del bàtxelor en Ciències de l'educació mitjançant un mostreig per conveniència.

Prenent en consideració l'objectiu específic d'aquesta fase del procés de validació del disseny instrumental, durant el procés d'administració física de la prova es va posar especial èmfasi en la detecció d'errades de l'enquesta en quant al contingut, la gramàtica i el format (Jenn, 2006), tot interactuant amb els subjectes participants per esclarir, en el propi context, les possibles limitacions del qüestionari que poguessin dificultar la comprensió dels reactius i la conseqüent codificació.

Tots els participants considerats en la mostra final d'anàlisi (N=63) van representar un percentatge significatiu de l'univers mostral possible.

Addicionalment del tractament descriptiu de les respostes enunciades, l'administració generalitzada de l'instrument de recollida de la informació mitjançant la realització de la prova pilot, ens va permetre validar un conjunt de requisits estructurals per tal de garantir-ne la correcta construcció. Com recullen Sampieri et al. (2003), per grups majors de 40 subjectes és important comprovar una sèrie de paràmetres. En el nostre cas, tots tres indicadors van ser monitoritzats per part de l'investigador *in situ* en el moment d'administració de l'enquesta. Aquests són:

- Comprensió del qüestionari: es va analitzar el grau de comprensió dels ítems i la possible existència d'ambigüitats o dificultats originades per la redacció dels mateixos.
- Utilitat del qüestionari: la utilitat entesa com a temps de resposta va permetre estimar la duració d'emplenament de tot l'instrument. El temps de resposta mitjà va ser de 9 minuts.
- Manejabilitat del format: relacionat amb la clarividència dels objectes d'anàlisi es va preguntar als participants per la facilitat i el grau de confort amb l'estructura del qüestionari.

La Taula 5 que a continuació presentem recull les característiques dels ítems definits i les seves opcions de resposta.

Taula 5

Estructura de l'enquesta

Variable	Ítem	Descripció	Valor
Sociodemogràfiques Generals	SG1	Identitat de gènere	Nominal (1/2)
Sociodemogràfiques Generals	SG2	Edat	Directe
Sociodemogràfiques Generals	SG3	Universitat	Directe
Sociodemogràfiques Generals	SG4	Relació amb la universitat	Nominal (1/2)
Sociodemogràfiques Generals	SG5	Mitjà desplaçament	Ordinal (1 a 5)
Sociodemogràfiques Generals	SG6	Temps desplaçament	Ordinal (1 a 4)
Sociodemogràfiques	SE1	Facultat o centre d'estudi	Directe
Sociodemogràfiques	SE2	Titulació	Ordinal (1 a 3)
Sociodemogràfiques	SE3	Curs	Ordinal (1 a 5)
Sociodemogràfiques	SE4	Curs primer cicle	Ordinal (1 a 6)
Sociodemogràfiques	SE5	Curs segon cicle	Ordinal (1 a 2)
Sociodemogràfiques	SE6	Curs tercer cicle	Ordinal (1 a 5)
Sociodemogràfiques	SE7	Residència	Nominal (1 a 5)
Sociodemogràfiques	SE8	Combinació estudis i feina	Nominal (1 a 2)
Sociodemogràfiques	SE9	Tipus jornada	Nominal (1 a 4)
Sociodemogràfiques	ST1	Personal univ.	Nominal (1 a 5)
Sociodemogràfiques	ST2	Lloc de treball	Directe
Sociodemogràfiques	ST3	Experiència	Ordinal (1 a 4)
Sociodemogràfiques	ST4	Contracte jornada	Nominal (1 a 2)
Sociodemogràfiques	ST5	Contracte tipologia	Nominal (1 a 4)
UPS	PS1	Coneixement UPS	Nominal (1/2)
UPS	PS2	Percepció UPS	Directe
UPS	PS3	Accions PS	Nominal (1a 9)
UPS	PS4	Preocupació	Nominal (1a 7)
UPS	PS5	Grau satisfacció	Ordinal (1 a 5)
UPS	PS6	Exemples accions	Directe
UPS	PS7	Participació	Nominal (1/2)
UPS	PS8	Freqüència	Ordinal (1 a 5)
UPS	PS9	Motiu no participació	Nominal (1 a 3)
UPS	PS10	Accions PS en la universitat	Directe
UPS	PS11	Responsabilitat	Nominal (1 a 6)
UPS	PS12	Limitacions PS	Nominal (1 a 6)
UPS	PS13	Valoració accions	Ordinal (1 a 5)
UPS	PS14	Valoració etapes	Ordinal (1 a 5)
Actius en salut	AS1	Elements positius	Directe
Actius en salut	AS2	Accions positives	Directe
Salut subjectiva	SRH	Autoavaluació	Ordinal (1 a 4)
Participació estudi	PA1	Participació estudi	Nominal (1/2)
Participació estudi	PA2	Participació estudi	Directe

Nota. Elaboració pròpia

Aproximació qualitativa

Respectant la seva ubicació en el procediment metodològic general presentat en la Figura 9, aquesta fase de la investigació empírica es fonamenta en l'argumentari lògic de les aproximacions anteriors amb la pretensió d'inspeccionar amb un grau major de profunditat i concreció, les causes i les limitacions, entre d'altres elements, associades a la promoció de la salut en el context universitari. A fi i efecte de contribuir de manera genuïna a la formulació d'una resposta coherent amb els propòsits del treball, el seu plantejament ideològic respon als objectius específics següents:

- a) Contrastar les informacions copsades en les anàlisis qualitatives amb la de les altres aproximacions efectuades anteriorment, especialment pel que fa referència a les percepcions dels diferents agents i a la variabilitat inter-organitzacional.
- b) Aprofundir i complementar la informació anteriorment recollida analitzant els significats atribuïts a la pràctica de promoció de la salut, posant-la en relació amb les diferents propostes teòriques formulades.
- c) Identificar i completar els diferents elements del context físic i de la pròpia estructura organitzacional que són percebuts com factors facilitadors de la gènesi de salut i de benestar.
- d) Identificar i completar els diferents elements del context físic i de la pròpia estructura organitzacional que són percebuts com factors limitadors de la implementació de propostes promotores de la salut a la universitat.

3.4.6. Descripció de l'entrevista

En un primer moment, durant el mes de juny del 2023, es va enviar un correu explicatiu del propòsit de l'estudi a la coordinadora del grup d'universitats per a la seva difusió interna. Respectant la casuística temporal del moment en que es va llençar l'anunci, en una segona temptativa el mes de setembre es va tornar a activar la difusió de l'estudi mitjançant la propaganda d'un segon correu intern amb matisos de significat.

En tots els casos, el cos de la carta adreçava l'atenció als objectius de la recerca i la importància de promoure la participació de la mateixa. Així mateix, s'agraïa a tots els membres de l'univers d'estudi (N=22) el seu temps i voluntat de participació, compartint un canal de comunicació més estret mitjançant el qual formalitzar l'adhesió a la recerca i poder resoldre els dubtes i futures demandes de seguiment.

Tots dos documents elaborats i enviats per a la propagació de l'estudi en el circuit intern de l'organització es troben disponibles en els Annexos V i VII d'aquest treball.

A diferència de la forma d'operar en les dues aproximacions anteriors, en aquest punt de la recerca, el qual constitueix la tercera fase de la investigació, i la segona pròpia de l'estudi de camp, centrarem els esforços en dues direccions d'anàlisi. Per una banda, circumscriurem el focus d'interès en l'estudi de les actituds que presenten els diferents participants en relació a la participació en activitats de promoció de la salut, delineada parcialment en forma de conclusions puntuals extreïdes de l'aproximació quantitativa, i per l'altra, en la identificació dels elements del context físic i simbòlic que permeten generar i mantenir un estat de salut òptim en un espai delimitat.

Bé és cert que en fases anteriors hem pogut identificar determinades percepcions que poden ser susceptibles de ser considerades. Per confirmar i aprofundir en la naturalesa actitudinal de les manifestacions cognitives esgrimida a gran escala per part del professorat, la comunitat estudiantil i la comunitat universitària en general, completarem les evidències detectades amb la informació proporcionada pels propis responsables de les diferents universitats participants en l'estudi. Les apreciacions declamades en les entrevistes facilitaran l'exercici de triangulació metodològica dels resultats contrastats prèviament en l'aproximació bibliogràfica primera, a la par que sobre la voluntat i les oportunitats de canvi, tant en el pla de l'organització com en la disposició personal.

Disseny del guió d'entrevista

L'elecció de l'entrevista com a tècnica complementària de recollida de dades respon al nivell d'adequació dels objectius específics plantejats en la recerca. Es va optar per seleccionar el format de l'entrevista semiestructurada perquè la persona entrevistadora pot definir abans de l'entrevista un guió temàtic sobre aquelles qüestions que són sensibles a l'interès de l'estudi tot proporcionant un espai de preguntes obertes. D'aquesta

manera, la persona entrevistada pot expressar lliurement les seves percepcions, les seves opinions i pot concretar les seves respostes amb les paraules convenients. Per la banda de l'agent entrevistador, aquests poden accedir i contrastar les dades recollides amb l'estructura definida en el guió, però també amb les diferents informacions compartides pels altres participants. Durant el transcurs de l'entrevista, la persona entrevistadora pot anar relacionant les respostes declamades per l'interlocutor amb les diferents categories d'anàlisi, i afegir-ne de noves mitjançant la formulació de noves preguntes d'una manera ordenada i coherent amb el sistema estructural establert en l'acció (Gray, 2014). Amb la intenció de preservar i salvaguardar l'anonimat dels participants, l'etiquetatge dels informants es va codificar segons la combinació Gènere-Càrrec.

La confecció del guió d'entrevista es va elaborar prenent com a referents els resultats preliminars detectats en la primera aproximació qualitativa; la revisió exhaustiva de la literatura. A les quatre categories d'anàlisi o blocs temàtics definits a posteriori, es van afegir algunes qüestions de caràcter sociodemogràfic i es va completar amb dos tòpics teòrics aliens als resultats obtinguts però de retòrica conjunta en el plantejament dels marcs de treball internacionals i l'estratègia dels entorns saludables, com els actius en salut i la sostenibilitat en el campus universitari (Dooris, 2013).

Totes les entrevistes van ser curosament transcrites i contrastades en repetides ocasions amb l'enregistrament de l'entrevista original. Les dades extretes van ser agrupades d'acord amb les diferents categories teòriques definides prèviament i analitzades mitjançant l'estratègia d'anàlisi del contingut (Hsieh i Shannon, 2005; Krippendorff, 2013).

3.4.7. Descripció del grup de discussió

Després de contactar amb els responsables participants de les 22 universitats de la XV, únicament es va rebre una resposta positiva d'adhesió a aquesta fase de l'estudi per part de la Universitat d'Andorra. Per tal de determinar la composició dels grups als quals aplicar la tècnica de recollida de la informació, es van establir contactes amb els responsables de les coordinacions acadèmiques dels diferents bàtxelors oferts a la institució pirenaica. La comunicació amb els diferents membres responsables es va efectuar de manera virtual i presencial, mitjançant l'enviament d'una carta explicativa de l'estudi. El nombre mínim de subjectes per cada grup es va fixar en 4, obtenint-se un únic

grup format per 6 participants. Tots els membres van ser seleccionats directament per l'investigador principal mitjançant la difusió de la dinàmica a través de les coordinacions acadèmiques dels diferents cursos de la UdA. Tots els membres interessats en participar a l'estudi van contactar amb el doctorand a través del correu electrònic i presencialment. Finalment, es van ajustar les preferències horàries de les diferents persones interessades i es van convocar aquells subjectes que coincidien per disponibilitat en el temps.

El grup de discussió es va realitzar de manera presencial en una aula de la UdA el mes de juny de 2024. La durada del grup de discussió fou de 75 minuts. En el transcurs de la dinàmica estaven presents, a parts dels subjectes participants, el doctorand com a membre encarregat de coordinar i formular les qüestions.

La sessió va ser enregistrada, prèvia obtenció del consentiment informat, per facilitar-ne el tractament posterior de les dades.

El guió de les sessions sobre el qual es centraren les discussions estaven estretament relacionades amb cinc grans àrees temàtiques extretes de la revisió bibliogràfica i emprades paral·lelament tant en l'enquesta com en les entrevistes: (1) coneixement del constructe UPS; (2) accions per promocionar la salut a la universitat; (3) accions prospectives de promoció de la salut; (4) identificació dels actius en salut en el context universitari; (5) prerequisits per esdevenir una Universitat Promotora de la Salut. D'aquesta manera, es van presentar de manera integrada cinc preguntes generals per fomentar-ne l'intercanvi dialèctic entre participants. Les preguntes es formularen en l'ordre que es mostra a continuació:

1. Ha sentit a parlar del concepte Universitats Promotores de la Salut?
2. Quines accions es desenvolupen a la seva universitat per promocionar la salut?
3. Quines són les accions que caldria efectuar a la UdA per millorar l'estat de salut i de benestar dels diferents col·lectius?
4. Quins elements del context físic de la UdA poden reportar un impacte positiu en el seu estat de salut i de benestar?
5. Quins elements necessitaria incloure la UdA per esdevenir una universitat promotora de la salut?

Un cop recollida tota la informació obtinguda del grup de discussió, la sessió va ser transcrita i sotmesa a la tècnica d'anàlisi de contingut (Vaismoradi et al., 2013) amb

l'ajuda del software Atlas.ti. Un cop efectuades les anàlisis, s'abordà la interpretació conjunta de les dades obtingudes en totes les sessions, incloses en les entrevistes (veure apartat 3.3.6.) fins arribar a la saturació mostral (Mayan, 2009). La decisió adoptada de no realitzar més grups de discussió obeeix a una qüestió de representativitat de les dades enregistrades. Analitzant les mateixes i triangulant-les amb les informacions registrades en les altres activitats, vam considerar que la inclusió de més participants no aportaria informacions diferents a les obtingudes.

3.5. Aspectes ètics de la investigació de camp

La proposta metodològica presentada en aquesta investigació combina tres aproximacions d'anàlisi diferents amb l'objectiu de realitzar una introspecció profunda sobre les bases i aplicació del concepte universitat promotora de la salut, tal i com es pot contemplar en la Figura 10. Per als exercicis de revisió bibliogràfica i anàlisi documental, atenent a les característiques dels mateixos, no hem hagut d'obtenir cap tipus de permís al no incloure subjectes humans a la recerca. No obstant, i de manera transversal a les diferents accions empreses, en el moment d'ideació del projecte de recerca la proposta original va ser sotmesa a validació per part del comitè de la Junta Acadèmica de la universitat d'Andorra. Així mateix, per a la realització de les accions en la que estaven implicades recursos humans s'ha elaborat una memòria informativa en la que es recullen els documents de consentiment informat, documents informatius per a les universitats, documents informatius per als participants i un document de conformitat utilitzant els estàndards de la Junta Acadèmica de la UdA. Els documents elaborats es troben disponibles als annexos d'aquest treball.

Durant les diferents fases de l'estudi s'han respectat els principis ètics nacionals i internacionals, i més tenint en compte el tractament de les universitats com agents d'anàlisi. Els aspectes ètics inclosos contemplaven les següents àrees: privacitat, anonimat, confidencialitat, participació voluntària i reclutament mostral adequat. Totes les dades recopilades en les entrevistes personals amb els responsables de les diferents institucions participants van ser conservades per l'investigador principal en un repositori institucional segur. Totes les dades personals obtingudes al llarg de la investigació van ser anonimitzades. Al seu torn, abans de respondre als qüestionaris tots els participants completaren un document de consentiment informat amb garantia d'anonimat i

confidencialitat (veure Annex VI). El projecte de recerca va rebre l'aprovació del comitè de la Junta Acadèmica en data 09 de maig del 2023.

Tercera Part. Resultats, discussió, conclusions i línies de recerca futures

Capítol IV: Resultats

4. Resultats

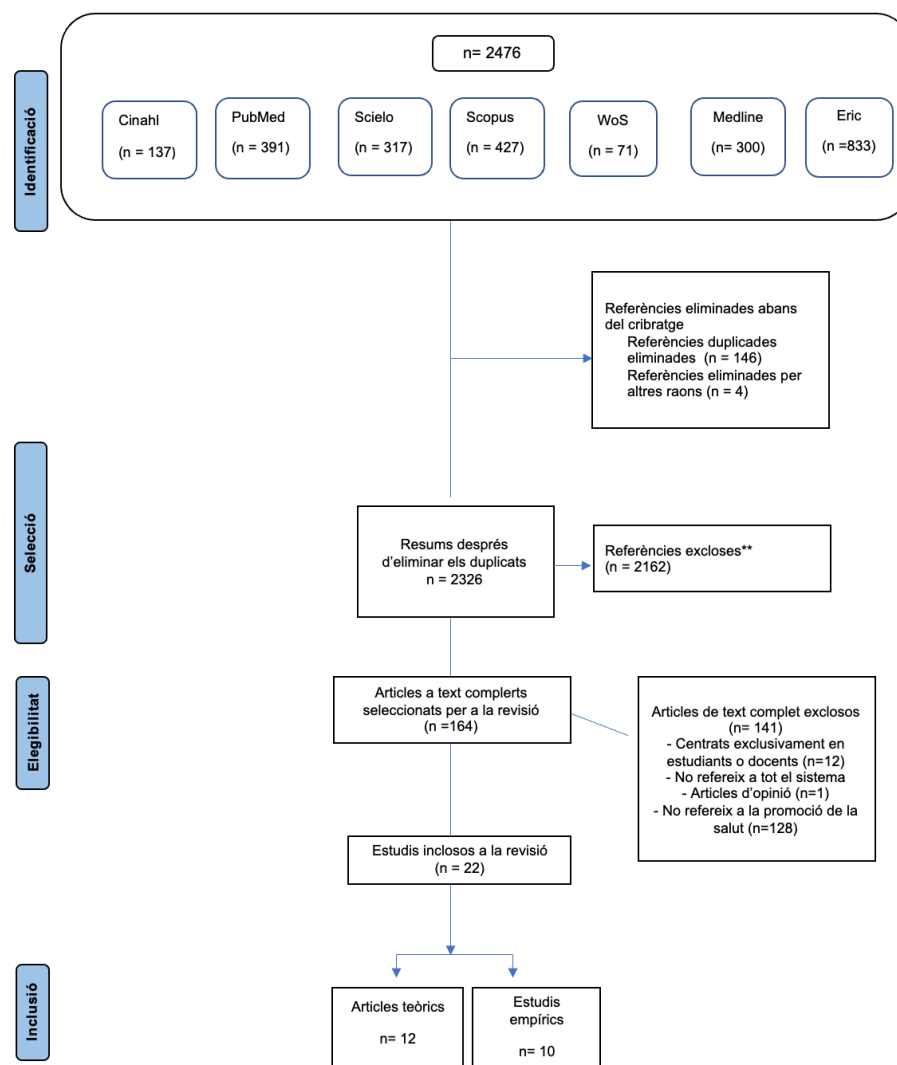
4.1. Aproximació teòrica: Revisió bibliogràfica

4.1.1. Resultats de la revisió bibliogràfica

La recerca inicial va produir un total de 2476 articles, dels quals 22 publicacions van ser incloses en la mostra final al complir amb tots els criteris d'inclusió per a la seva selecció. Del nombre total de publicacions examinades amb profunditat, 12 eren articles de caire teòric i 10 estudis empírics. La Figura 11 recull amb detall el procediment d'importació, cribatge i conformació de la mostra final dels articles sotmesos a revisió.

Figura 11

Diagrama de PRISMA per a la revisió bibliogràfica



Nota. Elaboració pròpia a partir de la revisió bibliogràfica

Després de l'exclusió i l'anàlisi d'un dels estudis per no complir amb els criteris d'inclusió, tal com s'exposa en la Figura 11, la mostra final estava formada per 22 articles produïts en diferents països: Perú (n= 1); Nova Zelanda (n= 1); Xina (n= 1); Xile (n= 3); Colòmbia (n= 2); Espanya (n= 1); Alemanya (n= 1); i UK (n= 12) i publicats entre els anys 1998 i 2021. Del total d'articles inclosos en la revisió, 9 van ser escrits o coescrits per Dooris (Cawood et al., 2010; Doherty i Dooris, 2006; Dooris, 2002; Dooris i Doherty, 2010a; Dooris i Doherty, 2010b; Dooris et al., 2016; Dooris et al., 2020; Orme i Dooris, 2010; Newton et al., 2016). Això reflecteix la consideració de les obres de l'autor en l'àmbit d'estudi de la Universitat Promotora de la Salut i posa de manifest la precocitat del concepte. Del total d'estudis importats, sis referències al·ludeixen explícitament al concepte “d'universitats saludables” en el títol (Becerra-Heraud, 2013; Cawood et al., 2010; Dooris i Doherty, 2010a; Dooris i Doherty, 2010b; Knight i La Placa, 2013; Newton et al., 2016). Onze utilitzen el terme “Universitat Promotora de la Salut” (Bravo-Valenzuela et al., 2013; Came i Tudor, 2020; Coffey i Coufopoulos, 2010; Dooris, 2002; Gaviria Mendez, 2015; Martínez-Riera et al., 2018; Stock et al., 2010; Suárez-Reyes et al., 2019, 2021; Whitehead, 2004; Xiangyang et al., 2003), un article esmenta el terme “*Setting Approach*” o aproximació del sistema (Newton et al., 2016) i un més relaciona directament la teoria salutogènica amb la promoció de la salut (Dooris et al., 2016).

Només tres articles no fan referència explícita als conceptes “d'universitat saludable” o “universitat promotora de la salut” en el títol (Doherty i Dooris, 2006; Duarte-Cuervo, 2015; Orme i Dooris, 2010).

De forma concordant amb els resultats obtinguts en un estudi similar (Newton et al., 2016), els resultats preliminars descrits donen compte de l'heterogeneïtat de teories i models utilitzats per referir als principis conceptuals d'un mateix objecte d'estudi, fet el qual, denota la complexitat experimentada en l'abordatge de la qüestió i la manca de consens sobre l'existència d'una terminologia diferencial comuna en relació a les propietats i les funcions de la Universitat Promotora de la Salut.

4.1.1.1. Estudis teòrics

A la literatura s'han trobat dotze articles teòrics que tractaven de l'anàlisi del concepte Universitat Promotora de la Salut. Tres documents van informar del marc processal de la iniciativa de la Universitat de Lancaster. Dos més van explorar el procés d'implementació

d'una activitat de promoció de la salut a les institucions locals. Els altres set delineen reflexions personals i defensen direccions futures.

El primer treball (Becerra-Heraud et al., 2013) és un article expositiu en el que es presenta la història del moviment d'UPS des dels seus orígens i es citen els casos locals d'algunes experiències a Llatinoamèrica. En aquest article, la salut sexual, la nutrició i la salut mental són alguns dels temes de treball associats als programes universitaris saludables. El segon document analitzat és un glossari que aborda conceptes clau associats a l'establiment d'iniciatives d'Universitat Promotora de la Salut. En aquest sentit, la UPS es definida com aquella institució que en “el seu projecte educatiu i laboral inclou la promoció de la salut per millorar la qualitat de vida dels seus membres mitjançant un desenvolupament humà saludable, apostant pel paper moderador i divulgador dels seus membres” (Bravo-Valenzuela et al., 2013, p. 467).

En el document, la funció de la Universitat Promotora de la Salut s'associa amb el tractament de les desigualtats, un entorn universitari saludable i la responsabilitat de la institució superior amb la comunitat en general. L'avaluació es reconeix com un element essencial del procés per determinar el grau d'eficàcia de l'estratègia utilitzada en un context concret. Els autors també reconeixen la manca d'un marc teòric que harmonitzi la implementació dels programes de manera conjunta (Bravo-Valenzuela et al., 2013).

La tercera referència examina de forma privativa la funció de la infermeria en l'àmbit de les universitats (Whitehead, 2004). Segons les evidències exposades a l'article, el principi subjacent de les iniciatives de promoció de la salut basades en l'entorn “requereix que les organitzacions busquin donar suport i influir en la promoció d'una salut sostenible per a tothom” (p.470). El rol de les infermeres està estretament vinculat al treball intersectorial amb altres professionals, i especialment amb el deure professional de donar suport a la salut dels membres de la comunitat mitjançant la inclusió i participació en activitats de projectes com el d'Universitats Promotores de la Salut. Tot i que en el document no es menciona una definició clara, la UPS com a entitat d'anàlisi es caracteritza com un recurs comunitari amb un compromís que va més enllà dels límits de la pròpia institució.

El quart article revisat, reflexiona sobre les característiques històriques del moviment de les Universitats Promotores de la Salut i les contrasta amb les realitats locals d'algunes institucions superiors d'Aotearoa, Nova Zelanda (Came i Tudor, 2020). Els autors reconeixen l'estratègia política dels entorns saludables com el marc conceptual a partir

del qual s'han desenvolupat els projectes d'Universitats Promotores de la Salut en el context local. La Carta d'Ottawa i la seva homòloga d'Okanagan també s'esmenten com a part de la gran quantitat d'accions a favor del moviment. Malgrat la manca d'esmena de les característiques estructurals de la Universitat Promotora de la Salut pròpiament, l'article assenyala un conjunt de factors que dificulten la implementació de la iniciativa UPS en algunes universitats locals. L'agenda global neoliberal i els valors intrínsecs de les societats es consideren elements idiosincràtics que impedeixen la re-configuració de les organitzacions a favor d'una educació inclusiva i saludable.

De la mostra final considerada, dos articles més exploren el marc conceptual d'una universitat saludable a partir de la primera iniciativa de la Universitat de Lancaster (Doherty i Dooris, 2006; Dooris, 2002) i dos més (Gaviria Mendez, 2015; Knight i La Placa, 2013) informen sobre experiències concretes de projectes desenvolupats a partir d'aquestes experiències originals. Tots aquests treballs subratllen el treball col·lectiu i el compromís intersectorial com a motors polítics per establir l'estratègia de salut en l'àmbit universitari.

En l'explicació proporcionada pels autors d'aquests treballs, la universitat es caracteritza com un sistema i una organització. Un sistema perquè està integrat per fluxos d'informació amb inputs, processos i sortides, i com a organització perquè el seu èxit està subjecte al desenvolupament de les activitats realitzades per tots els membres que l'integren en els seus diferents càrrecs. A més, una Universitat Promotora de la Salut és aquella que conserva en la base estructural els valors bàsics d'equitat, comunitat, holisme, participació, sostenibilitat, cooperació i consens. La perspectiva integral i integradora proposada està subjecta a intervencions en els diferents àmbits i sectors que fonamenten la naturalesa de l'entorn universitari. Aquests són: integrar una visió i un compromís des de l'àmbit polític, la creació d'un entorn saludable que afavoreixi el desenvolupament personal, el compromís explícit de la institució per desenvolupar llocs de treball saludables, contraure el compromís polític i institucional mitjançant la inclusió de la promoció de la salut en el currículum acadèmic i la preocupació per adscriure una visió de l'organització més àmplia per promoure la salut dins de la comunitat més enllà dels límits físics de la mateixa.

Algunes de les característiques introduïdes en les obres pioneres del Moviment (Dooris, 2002; Tsouros, 1998) estan documentades en els treballs posteriors d'altres autors.

Doherty i Dooris (2006), per exemple, descriuen l'interès creixent en l'adopció de l'enfocament dels entorns saludables per a la Promoció de la Salut en el sector de l'educació superior al Regne Unit. Segons ells, l'objectiu nuclear en la conceptualització del marc de la UPS es pot resumir com segueix: integrar un compromís amb la salut en la cultura, l'estructura i la vida quotidiana de la institució, així com crear les condicions laborals, personals i ambientals òptimes per al desenvolupament saludable.

Totes aquelles característiques primàries sintetitzades en el treball de Dooris (2002), es poden agrupar sota el paradigma salutogènic (Dooris et al., 2016). El model salutogènic desenvolupat per Antonovsky en el context de la sociologia es centra en la idea que la salut és un producte dinàmic en constant transformació influenciat per les interaccions quotidianes amb els elements de l'entorn personal, social i cultural. Tot i que la referència bibliogràfica no esmenta de manera explícita les condicions necessàries per promoure un estat de benestar òptim de la comunitat universitària, la teoria sí reconeix la necessitat de potenciar els elements característics de la universitat com a metodologia per nodrir i fomentar la creació de d'un estat de salut favorable de tots els membres que la integren.

Dos documents recuperats de la cerca bibliogràfica pretenen conceptualitzar la Universitat Promotora de la Salut mitjançant la descripció de la implementació d'accions locals. El treball de Knight i La Placa (2013) sobre l'estudi pilot realitzat a la Universitat de Greenwich es sustenta en l'enfocament basat en la configuració i els principis de la Carta d'Ottawa. Les mateixes característiques les comparteix Gaviria Mendez (2015) en la descripció que realitza sobre la implementació del projecte universitari sanitari a la Universitat d'Antioquia, Colòmbia. En ambdós casos, la ideació del projecte d'una UPS parteix de la configuració d'un grup de treball que assumeix la forma d'intervencions holístiques basades en l'activitat per promoure el concepte UPS més enllà de l'instrumental. Algunes de les accions dirigides inclouen una transversalització del currículum acadèmic cap a la inclusió d'aspectes relacionats amb l'auto-cura i la promoció del benestar, l'articulació de polítiques i accions intersectorials, i la preocupació per augmentar la conscienciació de les necessitats de la universitat i la comunitat més àmplia. En contrast amb les propostes anteriors, el treball de Martínez-Riera et al. (2018) destaca la condició necessària del treball en xarxa internacional com a estratègia eficaç per al desenvolupament i la implementació de projectes locals sota el mateix paradigma. Els autors també destaquen la diferència entre una “Universitat Saludable” i una “Universitat

Promotora de la Salut”. En aquest marc, les universitats es veuen com “escenaris ideals per implementar estratègies de millora de l'estil de vida dels seus membres que transcendeixin els espais universitaris i afectin positivament la vida de les persones dins i fora del campus”(p.89). Els autors refereixen al compromís comunitari i a les accions sinèrgiques entre institucions com a vehicles importants per a l'èxit de la promoció de la salut.

Finalment, basant-se en els principis fonamentals de l'aproximació holística al context, els treballs d'Orme i Dooris (2010) i Cawood et al. (2010) reforcen la importància d'invertir recursos en el desenvolupament d'iniciatives d'HPU. Elements com el lideratge estratègic, una dotació adequada de recursos -financers i instrumentals- i el paper de les institucions d'educació superior com a catalitzadores d'accions futures compromeses amb el desenvolupament sostenible per a tots els agents són aspectes clau per garantir l'èxit de les intervencions. Aquestes activitats preveuen pràctiques i accions concretes en àmbits com l'alimentació, el transport i el desenvolupament curricular, juntament amb el suport local i els vincles entre l'entorn universitari i els determinants més amplis de la salut.

La Taula 6 recull les característiques dels estudis teòrics.

Taula 6

Característiques dels estudis teòrics

<i>Referència</i>	<i>País</i>	<i>Objectius</i>	<i>Etiqueta</i>	<i>Definició HPU</i>
Becerra-Heraud (2013)	Perú	Revisar l'enfocament de les universitats saludables i exposar algunes característiques bàsiques així com experiències internacionals	Universitat Saludable	Es basa en el concepte de salut integral, el qual és el producte de les relacions harmonioses internes i externes
Bravo-Valenzuela et al. (2013)	Xile	Desenvolupar conceptes rellevants sobre el moviment UPS	Universitat Promotora de la Salut	Es refereix a aquelles universitats les quals en el seu projecte educatiu i laboral inclouen la promoció de la salut per millorar la qualitat de vida dels seus membres.

Came i Tudor (2020)	Nova Zelanda	Proporcionar una revisió crítica dels enfocaments de l'HPU i explorar qüestions com el sexisme a les universitats	Universitat Promotora de la Salut	Aquella que integra la salut en tots els aspectes de la cultura del campus així com en les polítiques i les seves pràctiques
Cawood et al. (2010)	UK	Article d'opinió sobre l'estratègia d'universitat saludable	Universitat Saludable	No proposa cap definició formal
Doherty i Dooris (2006)	UK	Revisar el projecte d'universitat saludable de la Universitat de Central Lancashire	Universitat Saludable	Pretén donar suport a l'esforç col·laboratiu per fer de la universitat un lloc millor per viure, treballar i aprendre.
Dooris (2002)	UK	Descriure el marc conceptual desenvolupat d'UPS de la Universitat Central de Lancashire	Universitat Promotora de la Salut	La UPS pretén desenvolupar un context polític adequat així com proporcionar un entorn de suport que permeti a l'estudiantat obtenir coneixements i comprensió i prendre les seves pròpies decisions informades.
Dooris et al. (2016)	UK	Explorar el context de l'educació superior i introduir conceptes clau que sustenten l'estratègia "universitats saludables"	Salutogènesis	La universitat o facultat no només es veu com un lloc d'educació, sinó també com un recurs per promoure la salut i el benestar de l'estudiantat, el personal i la comunitat en general.
Gaviria Mendez (2015)	Colòmbia	Compartir l'experiència de la Universitat d'Antioquia com a universitat promotora de la salut	Universitat Promotora de la Salut	La universitat és vista com un recurs per promoure la salut i el benestar de l'estudiantat, el personal i la comunitat en general.

Knight i La Placa (2013)	UK	Difondre la importància de l'enfocament de les Universitats Saludables dins de l'àmbit de l'educació superior	Universitat Saludable	L'objectiu de les UPS és adaptar les polítiques i procediments de les estructures universitàries a la promoció de la salut universitària i comunitària i integrar les seves cultures i pràctiques dins i fora de la institució.
Martínez-Riera et al. (2018)	Espanya	Revisar l'estatus de la xarxa espanyola d'universitats saludables.	Universitat Promotora de la Salut	És el concepte d'universitat promotora de la salut el que marca la voluntat institucional, que es tradueix en processos transversals de desenvolupament
Orme i Dooris (2010)	UK	Explorar el paper de l'educació superior com a escenari per a la promoció de la salut	Universitat Saludable	No proposa cap definició formal
Whitehead (2004)	Nova Zelanda	Reflexionar sobre les funcions de la infermeria en l'àmbit de l'Educació Superior	Universitat Promotora de la Salut	Pretén oferir serveis similars a tots els altres entorns de promoció de la salut proporcionant una àmplia gamma d'iniciatives de promoció de la salut

Nota. Elaboració pròpia.

4.1.1.2. Estudis empírics

Les característiques generals dels estudis empírics estan resumides a la Taula 7.

En la bibliografia s'han identificat deu estudis empírics concebuts en debatre l'aplicació del concepte d'Universitat Promotora de Salut en el disseny de programes d'intervenció locals. Tres estudis aporten informació dels resultats després de l'aplicació de diversos programes a nivell nacional que exploren la comprensió i la viabilitat de la capacitat de

les universitats per contribuir favorablement a la promoció de la salut dels membres que la integren. En el disseny metodològic destaca la preeminència per incloure entrevistes a diversos membres especialistes en la matèria que formen part d'alguna de les xarxes d'Universitats Promotores de Salut com a eina principal de recollida de dades (Dooris i Doherty, 2010a; Dooris et al., 2020; Duarte-Cuervo, 2015; Newton et al., 2016; Stock et al., 2010; Suárez-Reyes et al., 2021) per sobre dels estudis quantitatius (Dooris i Doherty, 2010b).

En relació a la naturalesa dels projectes analitzats, tres articles són conceptualitzats a nivell nacional mitjançant l'exploració dels membres adscrits a les Xarxes locals d'UPS (Dooris i Doherty, 2010a; Dooris et al., 2020; Suárez-Reyes et al., 2021) mentre que els altres set treballs (Coffey i Coufopoulos, 2010; Dooris i Doherty, 2010b; Duarte-Cuervo, 2015; Stock et al., 2010; Newton et al., 2016; Suárez-Reyes et al., 2019; Xiangyang et al., 2003), descriuen cadascun una intervenció basada en casos particulars.

Taula 7

Característiques generals dels estudis empírics (n=10)

Variables	Categories	n (%)
Tipus d'estudi	Revistes publicades	10 (100.0)
Tipus d'anàlisi de les dades	Qualitatiu	7 (70.0)
	Quantitatiu	1 (10.0)
	Mixt	2 (20.0)
Camp principal de recerca	Educació	1 (10.0)
	Promoció de la salut	8 (80.0)
	Salut pública	1 (10.0)
Mida de la mostra	Menys de 20	2 (20.0)
	20 - 30	0 (0.0)
	30 - 40	3 (30.0)
	Més de 40	5 (50.0)
Context	Comunitat	10 (100.0)

Nota. Elaboració pròpia.

De les deu referències importades en la mostra final, cinc estudis s'han realitzat al Regne Unit, dos a Xile i un a Colòmbia, Alemanya i la Xina, respectivament. Totes les intervencions s'han efectuat en un entorn universitari prenent com a mostra de referència

la comunitat en el sentit més ampli. En vuit dels deu estudis (80,0%), els esforços empírics s'han enquadrat en el camp de la promoció de la salut; un estudi en l'àmbit de l'educació (10,0%) i un altre en el de la infermeria (10%). Pel que fa a la mida de la mostra utilitzada, en cinc estudis (50,0%) s'ha disposat d'una grandària mostral superior a 40 subjectes, tres estudis (30%) tenien una grandària mostral d'entre 30 i 40, i dos estudis (20%) presentaven una mostra inferior a 20 participants. Comparant la metodologia utilitzada, s'evidencia una preferència per l'enfocament qualitatiu (70,0%) respecte a altres tècniques metodològiques. Dos estudis han utilitzat una metodologia mixta (20,0%) i un (10,0%) s'ha servit d'un enfocament purament quantitatiu.

La Taula 38 ubicada a l'Annex VIII il·lustra en profunditat les característiques de les iniciatives de les universitats promotores de la salut dels estudis empírics analitzats.

Després d'haver analitzat de manera descriptiva les característiques estructurals i metodològiques dels estudis descrits com a “empírics”, a continuació presentem de manera detallada els principals resultats agrupats en àrees d'anàlisi representatives dels indicadors establerts prèviament en l'estratègia de revisió.

Definició de la Universitat Promotora de la Salut

No tots els estudis proposen una definició concreta sobre el constructe Universitat Promotora de la Salut. Malgrat l'absència en les referències d'una definició formal del constructe, els diferents estudis revisats assenyalen una sèrie de trets que caracteritzen a les universitats com a potencials agents promotors de la salut. De manera sintètica, una Universitat Promotora de Salut es defineix com una organització que: promou condicions saludables de treball, aprenentatge i vida per a l'estudiantat i el personal; considera la institució com un sistema social complex amb interaccions; incorpora la promoció de la salut en la cultura de l'organització, els processos i les polítiques de la universitat; inclou la promoció de la salut en les pràctiques docents i de recerca; i exigeix l'adopció d'un enfocament sistèmic integral.

De forma complementària als requisits enunciats en el paràgraf anterior, alguns treballs han assenyalat el compromís intersectorial i la responsabilitat política de dirigir accions pràctiques al desenvolupament de la comunitat com a requeriments intangibles per assegurar el desenvolupament saludable i sostenible de tota la institució.

Àrea d'acció

En tots els estudis registrats la conceptualització d'un enfocament d'Universitat Promotora de Salut s'ha sostingut en la identificació de múltiples àrees d'actuació. En nou estudis s'assenyala el compromís polític amb la salut, així com l'associació i la responsabilitat intersectorials com a elements crucials per a l'aplicació d'accions pragmàtiques. En sis estudis es preconitza la importància de les condicions ambientals per a la creació d'un estat òptim de salut -tant de vida com de treball- (Dooris i Doherty, 2010a; Dooris i Doherty, 2010b; Dooris et al., 2020; Duarte-Cuervo, 2015; Newton et al., 2016; Xiangyang et al., 2003); i en sis estudis més s'esmenta el desenvolupament d'habilitats personals com a part de l'estratègia més genèrica de les Universitats Promotores de Salut (Coffey i Coufopoulos, 2010; Dooris i Doherty, 2010a; Dooris i Doherty, 2010b; Dooris et al., 2020; Duarte-Cuervo, 2015; Xiangyang et al., 2003). Paral·lelament als criteris ambientals i personals, dos estudis han identificat el finançament econòmic com a part estructural nuclear de l'estratègia institucional i política (Suárez-Reyes et al., 2019; Suárez-Reyes et al., 2021).

En una posició d'anàlisi externa a la pròpia identificació de les circumstàncies materials, l'estudi de Coffey i Coufopoulos (2010) addueix explícitament a la pràctica reflexiva com a estratègia discursiva per fomentar la comunicació i facilitar l'adquisició de nous valors més democràtics amb el procés de cerca i manteniment de benestar en els membres de la comunitat docent i estudiantil de la universitat.

Intervenció

En quant a les accions efectuades sota el paradigma d'Universitat Promotora de Salut, els ítems de treball i les propostes metodològiques utilitzades també han estat diverses i heterogènies. En cinc estudis s'ha utilitzat la tècnica de l'entrevista com a tècnica principal per a la recollida de les dades (Dooris i Doherty, 2010a; Dooris et al., 2020; Newton et al., 2016; Stock et al., 2010; Suárez-Reyes et al., 2021). Els elements de treball que es discuteixen en l'anàlisi de les característiques d'una Universitat Promotora de Salut són diversos i tots són conceptualitzats des d'una perspectiva holística de la institució. En cap referència es focalitza un aspecte concret sobre la salut. Els temes específics identificats en la literatura relacionats amb la

conceptualització del concepte d'Universitat Promotora de Salut, inclouen: l'avaluació de les necessitats dels membres de la universitat (Coffey i Coufopoulos, 2010; Dooris i Doherty, 2010b; Duarte Cuervo, 2015), la inclusió de la salut dins del currículum educatiu (Coffey i Coufopoulos, 2010), les activitats centrades tant en la salut mental com física van ser esmentades en tres estudis (Xiangyang et al., 2003; Duarte Cuervo, 2015; Suárez-Reyes et al., 2019), així com l'activitat física i la promoció d'hàbits saludables (Xiangyang et al., 2003; Dooris i Doherty, 2010b; Duarte Cuervo, 2015; Suárez-Reyes et al., 2019) i la salut sexual (Dooris i Doherty, 2010b; Suárez-Reyes et al., 2019). Altres dimensions de la promoció de la salut identificades com a eixos d'acció-intervenció han estat la sostenibilitat i el lideratge globals (Dooris i Doherty, 2010a), el treball col·laboratiu amb les xarxes nacionals i internacionals en promoció de la salut (Stock et al., 2010; Dooris i Doherty, 2010b) i la identificació dels factors específics que influeixen en l'aplicació dels principis de la Universitat Promotora de Salut, com per exemple el suport polític, el finançament econòmic i el grau de participació dels diferents membres de la comunitat universitària (Suárez-Reyes et al., 2021).

Avaluació

Malgrat la necessitat manifestada en la literatura d'emprendre accions avaluatives de les intervencions efectuades en promoció de la salut (Stock et al., 2010), tan sols un dels estudis empírics importat en la mostra final proporciona informació sobre l'impacte que la pròpia pràctica interventora ha generat en el desenvolupament dels constructes salubristes (Xiangyang et al., 2003). En aquest cas particular, el procés d'avaluació s'ha realitzat mitjançant l'administració de qüestionaris a funcionaris de les agències de salut públiques i personal docent universitari després de la finalització de cada acció concreta efectuada, reportant una millora significativa de la qualitat de vida dels membres de la comunitat universitària.

La Taula 8 recull de manera organitzada les teories i els models utilitzats per descriure el concepte d'Universitat Promotora de la Salut.

Taula 8

Conceptes i teories associades a l'estratègia d'UPS

Articles	Conceptes i Teories						
	Carta Ottawa	Aproximació socioecològica	Salutogènesis	Whole-System Approach	Desenvolupament organitzatiu	Pensament sistèmic	Acció comunitària
Becerra-Heraud (2013)	X				X		
Bravo-Valenzuela et al. (2013)					X		
Came i Tudor (2020)	X						
Cawood et al. (2010)	X	X		X	X		
Coffey i Coufopoulos (2010)	X				X		
Doherty i Dooris (2006)	X			X			
Dooris (2002)	X	X		X	X		
Dooris i Doherty (2010a)	X			X		X	
Dooris i Doherty (2010b)	X		X	X	X	X	
Dooris et al. (2016)	X	X	X	X	X		
Dooris et al. (2020)	X	X	X	X		X	
Duarte Cuervo (2015)		X					
Gaviria Mendez (2015)	X				X		
Knight i La Placa (2013)		X			X		X
Martínez-Riera et al. (2018)		X	X				X
Newton et al. (2016)			X	X		X	
Orme i Dooris (2010)	X	X		X		X	
Stock et al. (2010)	X				X	X	
Suárez-Reyes et al. (2019)				X			
Suárez-Reyes et al. (2021)				X			
Whitehead (2004)	X				X	X	
Xiangyang et al. (2003)	X						X

Nota. Elaboració pròpia.

4.1.2. Anàlisi del concepte

Un resum de les característiques, les conseqüències i els casos contraris del constructe UPS a partir dels articles identificats en la literatura es troba exposat en la Taula 9. La “complexitat” dels elements teòrics assenyalats representa una primera aproximació a la construcció d’una resposta a l’objectiu general definit en el treball. L’anàlisi conceptual de les característiques identificades prèviament està representat de forma esquemàtica mitjançant una taula temàtica. Els elements conceptuais i les característiques nuclears identificades en la literatura s’han sintetitzat en unitats d’anàlisi més grans. Aquest

procediment analític és segons Morse (2000), un mitjà científicament vàlid que possibilita la detecció de temes i categories genèrics a partir de l'anàlisi de casos d'estudi particulars.

Antecedents

Els antecedents o els requisits necessaris per delinear una representació clara i precisa de la universitat com a espai físic i social promotor de la salut inclouen una àmplia gama de condicions materials, tècniques i cognitives; des de l'establiment del compromís de la universitat amb la millora de l'estat de salut i del benestar dels seus membres fins a la creació de sinèrgies institucionals col·laboradores amb xarxes nacionals i interessos polítics. En una de les experiències pioneres en desenvolupar el marc polític i estratègic dels entorns saludables al context universitari, Dooris et al. (1998) expliciten la necessitat d'incloure els principis i les perspectives en salut pública descrites en alguna de les manifestacions internacionals més representatives de la creació del nou marc analític en salut, com ara la Carta d'Ottawa, l'Estratègia Salut per a Tots o l'Agenda 21.

A més de les influències seculares dels tractats teòrics, en un altre escrit Dooris (2001) catalitza el impuls polític de l'estratègia dels entorns saludables en forma de reflexions i propostes concretes. Per a l'autor, els contextos físics com la Universitat Promotora de la Salut, s'han de concebre mitjançant una perspectiva socioecològica de la salut, orientada al desenvolupament de l'organització i definida com un sistema complex interconnectat amb entrades, processos i sortides.

Referent a de les experiències pioneres, els treballs de Dooris (1998) i Knight i La Placa (2013) posteriorment, emfatitzen la importància d'establir un grup de treball específic format per un grup directiu capacitat per prendre decisions eurítmiques amb els interessos de la promoció de la salut. Aquestes contemplen "la inclusió del compromís per a la salut en la cultura, en les estructures, els processos, i la vida diària de l'organització i del context més ampli" (Dooris, 2004, p.53).

Paral·lelament a l'estructuració de les forces de treball internes de la universitat, és igual de rellevant la creació i alineació de sinèrgies institucionals amb l'agenda política i les xarxes nacionals i internacionals. Si bé aquest darrer no és un requisit imprescindible per esdevenir una UPS, l'adhesió de les institucions a les xarxes en promoció de la salut "possibilita la creació de sinèrgies per a la millora de la comunitat universitària compartint recursos, estratègies, accions, notícies i altres esdeveniments" (Martínez-Riera et al.,

2018, p.90). És, en definitiva, un nexa d'unió entre les pràctiques universitàries i els reptes generals en salut més amplis.

Conseqüències

Les conseqüències d'esdevenir una Universitat Promotora de la Salut presenta efectes a tots els nivells. En l'esfera institucional, aquest fet es tradueix en l'elaboració de polítiques educatives que contemplen la salut com a criteri central en la presa de decisions de les obligacions de la universitat. Aquesta casuística, afavorirà l'establiment de llocs de treball, espais d'oci i un aprenentatge més saludable per mitjà de l'apoderament de la comunitat, la inclusió de tòpics relacionats amb la promoció de la salut en el currículum acadèmic i la dotació de recursos físics, econòmics i cognitius.

En l'espai individual, la formació integral dels individus en matèria d'auto cura i responsabilitat en salut, tant amb un mateix com amb el medi ambient, resulten en productes alineats amb els principis de justícia, equitat social, cooperació i sostenibilitat enunciat per l'OMS en l'agenda de treball conjunta. Bé que Dooris (1998) assenyala que el projecte d'universitats saludables pot ser considerat com una proposta discreta i autònoma dels preceptes generals en promoció de la salut, l'aplicació en termes operatius de l'esquema de creences original ha resultat en una millora, com a mínim en l'inventari argumental de la representació personal, social i política de la importància del context universitari amb i per a la salut dels membres de la comunitat en un sentit més ampli (Xiangyang et al., 2003). A propòsit de la implicació de l'organització amb el corol·lari teòric exposat, els projectes particulars de la Universitat d'Alacant (Martínez-Riera i Muñoz-Guillena, 2014) o el desenvolupat per la Universitat Internacional de Catalunya (Martínez-Sánchez i Balaguer, 2016), representen una temptativa de centralitzar les premisses teòriques formulades en forma de treballs i evidències de cas concretes.

La majoria de les repercussions atribuïdes a la Universitat Promotora de la Salut són reconegudes teòricament per Cawood et al. (2010, p.260) quan afirma que “el model d'universitat saludable proveeix d'un mitjà valuós per promoure la salut i el benestar; millora el rendiment dels treballadors i les treballadores, possibilita l'adquisició dels reptes acadèmics i estimula la productivitat de l'organització”. Perceptiblement, l'adquisició d'una perspectiva holística i positiva del context universitari en relació a les

seves funcions socials, pedagògiques, polítiques i en salut, pot atènyer un ampli assortiment de necessitats i obligacions, que en el seu conjunt, poden facilitar la transformació de les formes socials i individuals d'entendre i actuar els problemes de salut de la comunitat.

Malgrat els esforços enunciats per descriure les característiques dels programes d'Universitats Promotores de la Salut, hi ha una evident mancança d'evidència empírica respecte a la comprovació experimental de les proposicions teòriques formulades en la literatura. Amb tot, l'aproximació reflexiva en forma de requisits i conseqüències particulars, representa un primer plantejament per visibilitzar i restringir els usos subalterns de la pràctica en promoció de la salut a un eix de comprensió i de treball particular i idiogràfic.

Casos contraris

La identificació de casos contraris en la literatura ha estat "limitada" per la definició dels propis criteris d'inclusió imposats en la cerca bibliogràfica. Nogensmenys, l'establiment "a priori" d'un conjunt de directrius estructurades i clarificadores sobre la naturalesa de les referències analitzades, la pròpia imposició per se, no ha resultat en un factor determinant de les característiques resultants. És a dir, l'exercici de recerca basada en una lògica formulada pel propi investigador ha facilitat, però no ha explicat en el seu conjunt els resultats obtinguts. Aquests s'han abordat mitjançant l'aplicació dels procediments tècnics de l'anàlisi del concepte.

Malgrat la manca exemplificar d'un cas model contrari a la Universitat Promotora de la Salut, la revisió analítica de les particularitats conceptuals dels estudis revisats evidencien una enumeració de requisits necessaris per poder classificar a una institució com a promotora de la salut. D'aquesta manera, l'absència o exigüitat parcial o total d'alguna de les qualitats representatives assenyalades en la Taula 9, condescendeix a considerar l'exemple particular com a cas contrari.

Taula 9

Resum dels temes identificats mitjançant l'anàlisi del concepte UPS

Anàlisi del concepte teòric	Temes generals
<i>Antecedents</i>	Configuració i establiment d'un grup de treball específic per valorar la demanda
	Compromís per part de la institució d'establir accions per promocionar la salut i el benestar de tots els membres de la comunitat universitària
	L'establiment de sinèrgies institucionals entre les universitats i agents externs que unifiquin l'agenda política en benefici de la promoció de la salut
	Garantir un ingrés suficient de recursos materials, instrumentals, físics i intel·lectuals orientats a la pràctica de programes i estratègies de promoció de la salut
	Incloure un compromís vers la salut i el benestar dels membres de la comunitat en la cultura, les estructures, els processos i les polítiques institucionals
<i>Conseqüències</i>	El Compromís amb la sostenibilitat i l'acció participativa com a eix transversal de les practiques i les polítiques salubristes
	Creació d'entorns laborals, físics i d'estudi favorables per a la salut i el benestar
	Augment de l'autoconeixement i de les competències personals per gestionar i prendre decisions favorables per al manteniment de l'estat de salut i la millora del mateix
	En la dimensió econòmica, estimula un augment de la productivitat laboral
<i>Casos contraris</i>	Promoció d'una comunitat més sostenible i respectuosa amb l'entorn físic i amb el medi ambient
	L'acció interventora es focalitza de manera exclusiva en tractar una dimensió particular de la salut o del benestar
	No adopta els principis ni els valors que configuren l'estratègia dels entorns saludables
	La integració d'estratègies de promoció de la salut en el context universitari no s'efectua des d'una perspectiva holística de la comunitat

Nota. Elaboració pròpia a partir de l'aplicació de la tècnica de l'anàlisi del concepte a les vint-i-dues publicacions importades en la revisió sistemàtica de la literatura.

Com assenyalen Orme i Dooris (2010, p.428), l'adopció d'una aproximació holística de l'entorn universitari "s'allunya d'un abordatge mecanicista i reduccionista centrat en problemes de salut concrets, factors de risc i causalitat lineals". En aquest sentit, qualsevol activitat de promoció de la salut concebuda des de la perspectiva mèdica tradicional pot incórrer en l'error de ser una reluctància del pensament salubrista original adaptat a la pràctica d'un context en concret. En aquest punt, i a tall il·lustratiu de la convergència que dona forma al constructe Universitat Promotores de la Salut, és encertat albirar la discussió entorn de la reflexió efectuada per Wenzel (1997) sobre la tendència a confondre "la promoció de la salut en el context" respecte "el context promotor de la salut".

Les característiques d'una UPS derivades de l'anàlisi del concepte de les 22 publicacions extretes de la literatura es poden agrupar en quatre grans temes. Aquests són:

- Existeix un compromís explícit vers la salut i el benestar de la comunitat.
- S'inclou una preocupació per temes de salut més amplis, com la sostenibilitat, en la cultura i l'estratègia universitària.
- Existeix un vincle estratègic de la promoció de la salut amb agents polítics tant interns com externs a la pròpia organització.
- La UPS impactarà positivament en l'estat de salut i de benestar dels seus membres.

En la Taula 10 es mostren els patrons relacionals entre les diferents característiques tècniques del concepte UPS i els temes principals identificats. En la següent secció es discuteixen amb major grau de detall els mateixos.

Existeix un compromís explícit vers la salut i el benestar de la comunitat

La UPS ha estat assenyalada en la literatura com el mecanisme institucional per incloure un compromís explícit vers la promoció de la salut en les estructures i les agències de govern de la universitat. Alguns autors com Tsouros (1998), Dooris (2002) o Doherty i Dooris (2006), entre d'altres, han assenyalat la preocupació d'integrar una visió vers la salut i el benestar en l'elaboració de polítiques i la cultura de la universitat. De manera

particular, Lee (2002, p.15) descriu l'adhesió de la preocupació per la salut en les estructures de la universitat com el procés d'incloure "la salut en l'agenda de la vida quotidiana". La integració de la promoció de la salut com a funció transversal de la mateixa per millorar les condicions d'estudi i de treball dels membres que la freqüenten, no es dona *per se*, sinó que requereix d'una sèrie d'esforços i de compromisos institucionals. Com difonen Knight i la Placa (2013), l'objectiu de les UPS és adaptar les polítiques i procediments de les estructures universitàries a la promoció de la salut universitària i comunitària i integrar les seves cultures i pràctiques dins i fora de la institució. A tal efecte, i seguint les recomanacions tècniques identificades en la literatura (Tsouros, 1998), resulta imprescindible que la universitat disposi dels mecanismes específics necessaris, com la creació de grups de treballs propis i l'assignació de coordinadors, per desenvolupar els objectius definits en el pla estratègic. La concreció d'aquest tipus d'agents específics ha resultat cabdal per la correcta implementació dels projectes d'UPS locals en diferents universitats d'arreu del món (Dooris i Martin, 2002; Dooris et al., 2010; Gaviria Mendez, 2015; Lee, 2002).

S'inclou una preocupació per temes de salut més amplis, com la sostenibilitat, en la cultura i l'estratègia universitària

Les funcions de la UPS transcendeixen els límits de la promoció de la salut i del benestar de la comunitat universitària pròpiament. Com enuncien en el seu treball Orme i Dooris (2010, p.425), "les institucions d'educació superior són un sector influenciable amb un potencial molt gran per impactar positivament sobre la salut i la sostenibilitat". Les universitats representen un entorn social, econòmic, però també polític ideal per a la pràctica i difusió d'activitats saludables mitjançant la mobilització de recursos i l'intercanvi de sabers. La integració d'un compromís institucional s'ha de veure reflectit en les estructures i la cultura de la pròpia universitat, i les accions empreses per millorar les condicions de treball i d'estudi han de sustentar-se en una estratègia de promoció de la salut saludable i sostenible. En aquest sentit, Orme i Dooris (2010, p.429) expressen que "és útil explorar el concepte d'universitats saludables com a mitjà per fomentar el debat i facilitar la sinèrgia entre la salut pública, el desenvolupament sostenible i el canvi climàtic". Aquesta percepció actualitzada de la funció del sector universitari en relació amb problemes de salut global, complementa els cinc rols principals atribuïts a la

universitat enunciats en l'obra pionera publicada per l'OMS, *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for Action* (Tsouros, 1998).

Existeix un vincle estratègic de la promoció de la salut amb agents polítics tant interns com externs a la pròpia organització

El compromís de la universitat amb la millora de la qualitat de vida i l'estat de benestar dels membres que acull ha estat caracteritzat implícitament com una característica important d'una UPS. Àmpliament citats en la literatura, els principis conceptuals i morals recollits en la Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut (OMS, 1986) reposen en la base de les definicions operatives d'una UPS recollides en la Taula 6. La universitat promotora de la salut com a entorn físic, té la missió d'esdevenir un espai que afavoreixi el manteniment i la creació d'un estat de benestar positiu. En aquest sentit, resulta necessària la implicació dels diferents directius i elaboradors de polítiques en el disseny del compromís institucional en el sentit més ampli, transgredint els límits físics de la pròpia organització. Com a recurs facilitador per a l'adopció d'estratègies salubristes i l'intercanvi dialèctic, les xarxes especialitzades d'UPS confereixen l'espai ideal per desenvolupar significats comuns i proveir els recursos necessaris a les institucions interessades que facilitin la implantació de projectes saludables locals (Stock et al., 2010).

La UPS impactarà positivament en l'estat de salut i de benestar dels seus membres

La inclusió de processos saludables en les estructures de la institució facilitarà la creació d'espais físics de treball que afavoreixin la productivitat, el correcte condicionament de les instal·lacions, així com la millora en la qualitat dels serveis oferts. Així mateix, l'estructuració de les accions en matèria de promoció de la salut sota un pla institucional integrador, permetrà als diferents col·lectius participar de la vida pública universitària perquè puguin ser escoltats i sentir-se partícips de l'estratègia comuna. La noció de participació ha estat descrita en detall en diverses publicacions com un prerrequisit estructural per garantir l'èxit de les intervencions (Duarte-Cuervo, 2015; Suárez-Reyes et al., 2021; Xiangyang et al., 2003). Malgrat no s'hagi identificat cap estudi que analitzi en detall l'impacte dels processos participatius en l'autoestima i els processos psicològics dels membres participants, la integració de representants en les comissions de treball

intersectorials podria facilitar la creació de significats conjunts que reforcin el compromís universitari vers la promoció de la salut.

Taula 10

Matriu dels temes i de les característiques d'una UPS

Tema	Característiques
Existeix un compromís explícit vers la salut i el benestar de la comunitat	La preocupació per la salut i el benestar queda representat en les estructures de la universitat (inclosos l'ensenyament, la recerca i la provisió de serveis)
	Existeix un òrgan coordinador de les funcions en promoció de la salut
	L'estructura universitària responsable del projecte d'UPS disposa de capacitat d'autoregulació de les seves funcions i de recursos propis
S'inclou una preocupació per temes de salut més amplis, com la sostenibilitat, en la cultura i l'estratègia universitària	Es desenvolupen accions institucionals sostenibles i respectuoses amb els reptes de salut global
	La universitat promou la inclusió d'activitats sostenibles en les diferents estructures del campus universitari
	La promoció de la salut a la universitat s'alinea amb els reptes en salut de les agendes internacionals
Existeix un vincle estratègic de la promoció de la salut amb agents polítics tant interns com externs a la pròpia organització	La universitat coordina accions de promoció de la salut més enllà dels límits físics de la pròpia organització
	S'estableixen relacions de treball amb agents externs a la universitat en temes de promoció de la salut
	Hi ha una implicació dels diferents directius i elaboradors de polítiques vers la promoció de la salut
La UPS impactarà positivament en l'estat de salut i de benestar dels seus membres	Es promouen processos participatius en els que els diferents col·lectius poden prendre part de la vida universitària
	La universitat és representada com un espai ideal per estudiar i treballar

Nota. Elaboració pròpia a partir de les anàlisis dels articles.

Com a resultat de l'anàlisi conceptual del terme UPS representat en totes les publicacions analitzades en profunditat proposem la següent definició "La Universitat Promotora de la Salut és aquella que estableix un compromís polític i educatiu per promoure la salut i el benestar del personal i de l'estudiantat, així com la comunitat en general, mitjançant la incorporació de la salut a la seva cultura, estructura organitzativa i el treball col·laboratiu amb les xarxes i agències externes".

Un resum de les característiques que defineixen una universitat promotora de la salut derivades de l'aplicació de la tècnica de l'anàlisi del concepte de les diferents publicacions reportades en la revisió bibliogràfica es troba disponible en la Taula 39 ubicada a l'Annex IX d'aquest treball.

Síntesi dels resultats

El concepte Universitats Promotores de la Salut ha estat utilitzat de maneres diferents en la literatura. Els termes "Universitats Saludables" o el model salutogènic, s'han associat de manera indiscriminada per referenciar característiques similars. L'objectiu d'aquesta primera aproximació consistia en examinar les particularitats teòriques del constructe UPS amb la finalitat de generar una caracterització del mateix. Per donar resposta al primer dels objectius específics, en primer lloc s'ha efectuat una revisió exhaustiva de la literatura en diferents bases de dades. Tot seguit, després d'haver realitzat una primera anàlisi dels vint-i-dos articles inclosos en la mostra final a partir dels diferents indicadors definits, s'ha aplicat l'estratègia d'anàlisi del concepte (Morse, 2000) per avaluar les assumpcions subjacents al terme UPS.

La síntesi de la revisió sistemàtica efectuada ens ha permès identificar quatre grans temes que caracteritzen la Universitat Promotora de la Salut. La relació entre les característiques pròpies del constructe i les temàtiques més grans es troben exposades en la Taula 10.

Endemés de la definició dels trets conceptuals propis del terme UPS, els resultats obtinguts en la revisió de la literatura assenyalen algunes dificultats en l'adopció conjunta del mateix, així com en l'establiment d'un marc de referència unitari. La preeminència d'estudis exploratoris, la mancança d'intervencions amb metodologia quantitativa i la poca claredat en els criteris d'avaluació de les accions empreses, són altres elements contextuals que requeriran de major tractament en el futur.

En aquest sentit, com assenyalen Sweeting i col·laboradors (2021, p.17), “malgrat el camp d'estudi ha evolucionat en el temps, existeix una sensació de progressió desigual a nivell internacional i una pèrdua de l'impuls”.

Aproximar-nos a l'anàlisi de les característiques pròpies del terme UPS ha esdevingut una acció cabdal per poder procedir amb les diferents fases de la recerca. Els resultats obtinguts en l'anàlisi del concepte s'utilitzaran en les etapes posteriors com a marc de referència a partir del qual estructurar la informació i dissenyar les entrevistes, les enquestes i el grup de discussió.

En les pròximes aproximacions de l'estudi explorarem l'aplicació de les característiques del constructe UPS en les universitats de la Xarxa Vives d'Universitats. En l'apartat 4.2.1. es discutirà la visibilització de les polítiques públiques saludables a les universitats de la XV, mentre que en els apartats 4.3.3 i 4.4.2 es presentaran els resultats de l'estudi de cas a la UdA respectivament.

4.2. Anàlisi documental

Per facilitar-ne la comprensió dels resultats, en un primer moment es presenten les dades extretes de l'anàlisi documental efectuat de les pàgines web de les vint-i-dues institucions que integren la XVU. Tots aquells documents publicats que eren descarregables es van baixar i desar en una base de dades específica. La resta, totes aquelles informacions únicament disponibles electrònicament sense opcions de descarrega, es van anotar manualment primer en una carpeta i, amb posterioritat es van adherir a la base de treball definitiva. Tots els enllaços contigus a les pàgines digitals, així com els diferents materials compartits varen ser igualment analitzats i classificats en el mateix repositori de treball creat *ad hoc*.

Tot seguit, en un segon apartat, es presenten les dades estadístiques resultants dels anàlisis HCA i MCA efectuats de les comunicacions anteriors. Amb el propòsit de posar en

context cada una de les universitats identificades, s'ha contextualitzat en un espai macro cada universitat prenent com a referents vuit indicadors sociodemogràfics, dels quals tres fan referència a característiques de l'organització (tipus d'universitat, taxa de matrícula del primer any per estudiants de la Unió Europea); dos a la pertinença a algun grup d'universitats saludables o promotores de la salut; dos més associats a elements geogràfics i econòmics (ubicació geogràfica i coeficient de Gini ²³del país); i un relacionat amb l'avaluació externa i reconeixement de la universitat en el sistema de classificació d'universitats (rànkning elaborat per la revista *Times Higher Education* de l'any 2023). Totes aquestes qüestions sociodemogràfiques es troben agrupades en la Taula 11.

²³ El Coeficient de Gini és un mètode analític que permet calcular qualsevol forma de desigualtat en una regió determinada. Puntuacions properes a 0 representa l'existència d'igualtat de distribució salarial entre els membres de la població indagada. Mentre que valors propers a 1 indiquen l'existència de desigualtat, en el que uns pocs individus disposen de la majoria dels ingressos.

Taula 11

Característiques sociodemogràfiques de les UXV

Variable	n	%
<i>País</i>		
Andorra	1	(4.54%)
Espanya		
• Catalunya	16	(72.72%)
• Illes Balears	1	(4.54%)
• València	5	(22.72%)
França	1	(4.54%)
Itàlia	1	(4.54%)
<i>Tipus</i>		
Pública	16	(72.72%)
Privada	6	(27.27%)
<i>Mida de la universitat</i>		
Petita <10.000	3	(13.63%)
Mitjana >10.000 <20.000	10	(45.45%)
Gran >20.000	9	(40.90%)
<i>Classificació al rànquing^a</i>		
Baix >1000	2	(9.09%)
Mitjà >500 <1000	13	(59.09%)
Elevat <500	3	(13.63%)
Sense informació	4	(18.18%)
<i>Participació en Xarxes UPS</i>		
Sí	19	(86.36%)
No	3	(13.63%)

Nota. Els valors representen les universitats expressades en percentatges.

^a Times Higher Education ranking 2023.

Elaboració pròpia.

4.2.1. Resultats de l'anàlisi de les polítiques saludables en els llocs web

A continuació, es presenten de manera compartimentada els diferents resultats derivats dels anàlisis estadístics presentats en el subapartat anterior. En un primer epígraf es descriu l'aplicació dels diferents indicadors per cada universitat. Tot seguit, es presenta el model realitzat i les particularitats de cada un dels clústers identificats. Finalment, a mode de recull gràfic, s'adjunta un mapa de factors en el que es poden entreveure les

agrupacions entre universitats en funció de la incorporació dels principis de l'estratègia d'UPS en cada una de les institucions.

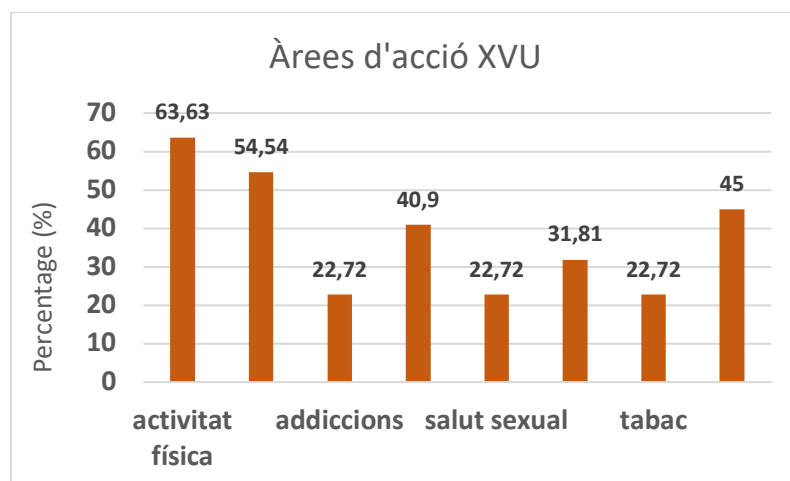
Indicadors

Els indicadors, o ítems de treball són les agrupacions unitàries de cada una de les accions compartides per les universitats en el marc de fomentar la promoció de la salut en el context universitari. Originàriament, totes les comunicacions i informacions compartides pels llocs web varen ser agrupades en vuit indicadors teòrics o àrees d'acció per fer-ne una descripció el més acurada possible dels marcs de treball de cada organització participant.

Les àrees d'acció que més atenció generen per les universitats de la Xarxa Vives són les següents: activitat física, hàbits alimentaris i la salut tant laboral com psicoemocional. Altres àrees prioritàries d'actuació contemplades en l'anàlisi dels documents són: la salut sexual, la col·laboració institucional, la mobilitat i el consum de tabac. De manera minoritària, un conglomerat reduït d'universitats també inclouen en el marc d'universitat saludable activitats per conscienciar al col·lectiu estudiantil sobre l'impacte pernicios de les drogodependències i la implementació de programes específics per reduir el consum de tabac en espais concrets del campus universitari. La Figura 12 recull en percentatges les diferents àrees de treball pel total de membres de la mostra avaluada.

Figura 12

Àrees de treball



Nota. Elaboració pròpia.

En base a la primera classificació de caràcter descriptiu, amb posterioritat s'han detallat de manera minuciosa cada una de les àrees d'actuació en accions concretes de treball, tot contemplant el col·lectiu a qui van adreçades.

Implementació de les accions de treball

En l'anàlisi primerenc de les característiques teòriques que representen a la Universitat Promotora de la Salut, s'han identificat un conjunt d'indicadors que confeccionen un marc de referència específic per orientar els principis de l'estratègia infundada en els preceptes salubristes en accions factuais i realistes adaptades a les necessitats de cada context particular. Elements tals com el pressupost, la integració dels principis teòrics l'estructura de tota l'organització, el treball col·laboratiu etc, són alguns dels marcadors referencials que configuren el prisma de la UPS en totes les seves dimensions; des de l'adopció dels principis referencials en la ideologia de l'organització fins a la materialització de les nocions en accions concretes.

La identificació de tots aquests elements consubstancials al diàleg fundacional del moviment en forma d'epítom conceptual, tal i com es mostra en l'apartat de revisió exhaustiva de la literatura del present treball, exerceix, utilitzant una terminologia extrema, una doble funció. En primer lloc, la consideració sistemàtica i organitzada de les publicacions compartides des de l'inici del moviment fins a l'actualitat representa un interval temporal representatiu per enunciar resultats significatius i extrapolables a l'essència del mòbil d'interès. És a dir, les característiques identificades en les publicacions revisades permeten posicionar-nos de una manera sòlida davant el problema que sospita curiositat. I en segon lloc, i de manera convergent amb l'esmena reflexiva primera, la prospecció efectuada configura, a la par que divulga per al públic més ampli, la base intel·lectual a partir de la qual aprofundir en la investigació d'un sector de la realitat concret, com és el cas de les institucions que formen part de la Xarxa Vives d'Universitats.

A continuació, es presenten de manera diferenciada els principals resultats de la implementació dels indicadors de treball en accions concretes, incloent-hi la informació qualitativa i l'anàlisi estadístic descriptiu de la implementació dels ítems de treball per universitat. S'han analitzat les diferents dimensions de l'estudi i les accions específiques,

generant l'esquema que pot contemplar-se en la Taula 12. Paral·lelament, per facilitar la comprensió dels resultats s'inclouen referències textuais de programes específics acompanyats de l'identificador atribuït a cada universitat. Per respectar l'anonimat de totes les universitats contemplades en la recerca documental sense alterar la comprensió i la contextualització de la informació analitzada, en el cos del text només s'exposa el codi assignat a cada una de les institucions participants.

Taula 12

Visibilització de les polítiques públiques saludables als llocs web de les diferents universitats adscrites a la XVU

Nom	REUS (sí/no)	Projecte UPS	Programes o àmbits d'actuació
Universitat d'Andorra (UdA)	No	No	No es reporten
Universitat Abat Oliva CEU	No	Sí	Hàbits de salut; alimentació; activitat física
Universitat d'Alacant	Sí	Sí	Concurs de cartells VIH; serveis d'esports; horts saludables; oficina ecocampus; dia del càncer de mama; donacions de sang; dia REUS; dia Red Valenciana UPS; prevenir el càncer de pell; contra la violència de gènere; alimentació saludable (guia, menú saludable)
Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)	Sí	Sí (Programa UAB Campus saludable i sostenible)	Activitat física; consum responsable; gestió de les emocions; hàbits alimentaris; salut laboral; sexualitat afectiva; prevenció d'addiccions
Universitat de Barcelona (UB)	Sí	Sí (UB saludable)	memòria
Universidad Cardenal Herrera	Sí	No	
Universitat de Girona (UdG)	Sí	Sí (Unitat de Compromís Social)	Tabac; alimentació i exercici físic
Universitat de les Illes Balears	Sí	Sí (Oficina d'universitat)	Salut emocional; activitat física; alimentació;

		saludable i sostenible)	addiccions; mobilitat i sostenibilitat
Universitat Internacional de Catalunya (UIC)	Sí	No	No es reporten
Universitat Jaume I	Sí	Sí (Programa UJI Hàbitat saludable)	Estils de vida; enfortiment de l'entorn universitari; sinèrgies institucionals; incorporació de la promoció de la salut en l'àmbit docent i investigador
Universitat de Lleida	Sí	Sí (Promoció de la salut)	Salut emocional; nutrició saludable; activitat física; salut global i descàrregues saludables
Universidad Miguel Hernández	Sí	Sí (umh saludable)	Educació ambiental; formació, innovació i investigació; cooperació al desenvolupament; participació social, cultural i esportiva; col·laboració amb entitats benèfiques
Universitat Oberta de Catalunya (UOC)	Sí	No	Servei mèdic per a la persona treballadora (inclou consultes de fisioteràpia); una consulta d'atenció psicològica en línia; celebració de la setmana saludable
Université de Perpignan	No	No	No es reporten
Universitat Politècnica de Catalunya (UPC)	No	No	No es reporten
Universitat Politècnica de València (UPV)	No	No	No es reporten
Universitat Pompeu Fabra (UPF)	Sí	Sí (UPF saludable)	Adopció del model d'universitat saludable
Universitat Ramon Llull (URL)	No	No	
Universitat Rovira i Virgili	Sí	Sí	Esports URV. L'àrea de benestar i salut organitza taules rodones, webinars etc

Università degli studi di Sassari	No	No	No es reporten
Universitat de València	Sí	Sí (uv sostenible)	Activitat física; alimentació; son i horaris; valors responsables; energia i aigua; residus; ordenació territorial; mobilitat; espais agroforestals; comunicació; participació; ambientalització
Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya	No	Programa Universitat saludable	Alimentació equilibrada; exercici físic i prevenció d'hàbits tòxics (setmana del cor i setmana de la universitat saludable)

Nota. Elaboració pròpia.

Atenent a la quantitat d'informació treballada, per a l'exercici expositiu dels resultats en un primer moment articularem les troballes més significatives despreses de l'anàlisi del contingut de les comunicacions importades de cada universitat en relació a les àrees de treball acompanyades amb valors percentuals per tal de facilitar-ne la comprensió, i posteriorment, ens centrarem en descriure els models conceptuals d'agrupació configurats a partir de l'explotació de les dades individuals en relació amb els diferents indicadors de treball definits a priori en aquest apartat. En qualsevol cas, l'exercici aquí descrit representa un primer intent descriptiu de conceptualitzar mitjançant la combinació metodològica i la contemplació de les polítiques universitàries saludables i els ítems de treball reportats en la literatura, la instrumentalització dels marcs conceptuals originals i actualitzats, per aprofundir en la comprensió del panorama de les universitats que conformen aquesta agrupació institucional.

Activitat física

En relació a la preocupació per promoure un estil de vida saludable entre els diferents col·lectius de la comunitat universitària, un 63.63% de les universitats de la XVU confeccionen i executen programes i activitats per promoure l'exercici físic. Algun d'aquests programes està orientat al col·lectiu PAS i PDI exclusivament (UA2; UA8; UA20), mentre que altres institucions promocionen la pràctica d'algun esport en

particular facilitant l'accés a l'estudiantat a les instal·lacions per mitjà de la reducció del preu en la quota mensual (UA3; UA5; UA6; UA8). A part dels programes “físics”, una universitat disposa en la seva plana web d'opcions virtuals amb exercicis pràctics (UA7) perquè qualsevol internauta pugui informar-se i realitzar la pràctica corpòria de manera remota i gratuïta.

A part de les estratègies convencionals, una alternativa de promocionar la importància de l'exercici físic per a l'obtenció d'un estat òptim de salut, és mitjançant l'oferiment de cursos i tallers, tant telemàtics com presencials, a càrrec d'especialistes en la matèria (UA3; UA7; UA11; UA18; UA21). A diferència de les altres modalitats, aquestes activitats són puntuals en el temps i en la seva majoria disposen d'un aforament limitat. Com a contrapunt i recompensa per al participant, al final del curs es lliura un certificat d'assistència i en alguns casos es convaliden fins a 2 crèdits europeus. Així mateix, l'ús de les infografies i els cartells compartits en les diferents instal·lacions del campus universitari són una estratègia recurrent dins de les universitats, sobretot en dates assenyalades com en la setmana de la salut o el mes saludable (UA13; UA18).

Paral·lelament a les accions assenyalades en el paràgraf segon, i de manera supletòria als esdeveniments efectuats temporalment, algunes universitats han realitzat i compartit públicament diverses rutes confrontants al campus o dins del mateix, classificades sota l'etiqueta “saludables” (UA8) o “rutes de salut, cultura i ciència” (UA3), per impulsar la inclusió de l'hàbit saludable de moure's a la rutina diària de tota la comunitat.

Hàbits alimentaris

L'alimentació és un segon aspecte de treball clau per a les universitats de la XVU (54.54%). La relació entre el rendiment acadèmic i els hàbits alimentaris ha estat demostrada sobradament en la literatura específica i en contextos culturals dispars (Aljehani et al., 2022; Pilato et al., 2022; Reuter et al., 2020). Per promocionar un estil de vida saludable a partir de l'alimentació, l'estratègia més utilitzada per les universitats és la difusió de decàlegs i exemples de receptes saludables en les seves planes web (UA2; UA3; UA5; UA8). Totes aquestes opcions estan compartides en obert i són extensibles a tots els públics. En una institució en concret (UA12), es disposa d'un programa gratuït i específic per compartir informació relacionada amb l'alimentació en un enllaç electrònic

concret. En aquest cas particular, l'internauta pot accedir a un banc ampli de dades en el que s'especifica el valor nutricional d'una amalgama d'ingredients significativa i s'acompanya de recomanacions de consum per incentivar una elecció premeditada saludable.

Altres iniciatives desenvolupades i compartides públicament són el programa “*tupper*” saludable (UA20); cursos específics per al personal de serveis i administració sobre com preparar una carmanyola equilibrada (UA10); el curs “alimentació conscient” de quatre setmanes de duració (UA11); el programa “receptes saludables” (UA7) en el que cada setmana una personalitat experta en nutrició elabora propostes de menús i els acompanya de la llista de la compra per a la seva elaboració; o el concurs “Universitats als fogons”, el qual consisteix a enviar una recepta a l'adreça electrònica proporcionada per l'Oficina encarregada de la iniciativa i la qual ha d'incloure una passa en la qual puguin intervenir infants (de 3 a 12 anys).

Drogedependències

A diferència dels ítems de treball anteriors, la promoció de campanyes per advertir sobre els aspectes perniciosos de qualsevol consum de substància il·lícita per part de la comunitat universitària és menys habitual (22.72%). El període universitari és una etapa fonamental per al futur de la majoria de la població. No obstant, aquesta aparent conformitat en l'acceptació de la importància de respondre a les exigències del context per validar les expectatives socials, sovint resta menystinguda per l'espectador extern, obviant la necessitat percebuda per un nombre significatiu de l'estudiantat a buscar estratègies per gestionar la simptomatologia ansiosa i depressiva que es deriven de la situació d'estrès crònic percebut (Bergmann et al., 2019).

De les cinc institucions que presenten algun tipus de programa orientat a la prevenció de la conducta addictiva, tres utilitzen estratègies esporàdiques basades en la transmissió d'informació de manera unilateral mitjançant infografies (UA3); càpsules informatives (UA5) i programes de radio en el que un expert explica en un període de temps limitat els mecanismes d'actuació i les conseqüències biopsicosocials del consum recurrent de substàncies considerades tòxiques (UA10).

Per l'altra banda, les dues organitzacions restants disposen d'un programa específic permanent integrat per un pla de treball en el que comparteixen informació mitjançant vídeos i decàlegs escrits, però també promoció un servei d'atenció a les drogodependències en el que l'estudiantat interessat pot realitzar la consulta desitjada i reunir-se directament amb un especialista de l'àmbit de la salut (UA7; UA8).

Salut emocional

De les universitats de la XVU, el 40.90% dirigeix algun tipus d'acció a la prevenció i la promoció de la salut mental de l'estudiantat. Mentre que la majoria d'accions desenvolupades són de caràcter espontani, tres institucions disposen d'un servei permanent d'atenció psicològica per als membres de la comunitat (UA7; UA8; UA20). Els canals de comunicació més habituals per informar als espectadors de les conseqüències negatives de patir una situació d'estrès emocional són les infografies i els decàlegs, així com les píndoles informatives i els descarregables amb recomanacions per gestionar de manera positiva els diversos estats de la ment. L'ús de clips visuals amb exercicis guiats per fomentar l'auto exploració i el foment d'exercicis per controlar la respiració també són una acció recurrent advertida per diverses universitats (UA7; UA10).

A part de les comunicacions compartides en accés obert i dirigides a tots els públics, algunes universitats realitzen cursos i tallers específics, com el de "gestió d'habilitats socials i emocions", de quatre hores de durada i dirigit a personal PDI i PAS (UA8), el "curs introductori a la pràctica del *mindfulness* i entrenament cognitiu", també dirigit a personal de la universitat (UA11), o el taller de comunicació positiva "empatia i assertivitat" idealitzat per millorar la comunicació transmetent el missatge a l'interlocutor d'una manera intencionada i positiva (UA8).

Salut sexual

A la dissecció analítica de les accions empreses per les universitats escodrinyades en relació a la salut sexual, menys d'un quart de la mostra analitzada (n=22.72%) enuncia explícitament en els seus dominis una preocupació per aquest element de treball. La conducta sexual de risc, entesa com a aquell comportament sexual que exposa a l'individu

a una situació que li pot resultar perniciosa en temes de salut, està influenciada per normes socials (Scholly et al., 2005), però també per factors culturals i econòmics (Stinson, 2010), els quals poden derivar en una sobreexplotació d'un determinat col·lectiu simplement per la seva condició social i biològica.

La intervenció organitzativa de les universitats analitzades respecte a aquesta variable es realitza de manera homogènia mitjançant la difusió de càpsules i clips informatius alertant de les conseqüències perniciosos associades al manteniment de conductes sexuals de risc. En aquest sentit, la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA) i el debat amb experts és el tòpic més habitual per informar sobre l'abast de les possibles repercussions il·latives a la pràctica sexual, premeditada o inconscient, sense protecció.

De manera complementària a les actuacions esporàdiques, com el col·loqui sobre sexualitat per commemorar el Dia Internacional de Salut Sexual (UA10), dues universitats disposen d'un servei permanent d'Atenció a les Addiccions i a la salut afectiva i sexual (UA7; UA8) de franc i confidencial, amb consultes individualitzades amb un especialista en l'àmbit de la salut mental i la sexologia.

Salut laboral

Sobre la salut laboral, gairebé la meitat de les institucions participants (n=45%) disposen d'un servei d'atenció a la salut en col·laboració amb l'assistència mèdica de la pròpia universitat en la que les persones treballadores poden sol·licitar un seguiment del seu estat de salut. Paral·lelament, en els dominis electrònics de cada una de les unitats d'anàlisi participant, es troben disponibles recursos informatius i exercicis pràctics per fomentar l'adquisició d'hàbits posturals i de treball saludables (UA10; UA20).

Endemés de les activitats referenciades i els consells informatius, la configuració de les accions orientades a la pràctica estan configurades la majoria de les pròpies sota la responsabilitat d'un òrgan de gestió particular. A diferència de les altres variables que es solen agrupar i treballar indistintament des de la mateixa oficina encarregada en temes de salut, la prospecció i articulació d'activitats específiques per millorar les condicions de salut del context laboral resten adscrites sota les competències d'un departament propi. En alguns casos, aquest rep el nom de "Servei de Prevenció de riscos laborals" (UA3;

UA20), “Oficina de Prevenció i Gestió Mediambiental” (UA10), “Oficina de Prevenció de Riscos Laborals” (UA15) o simplement, “Oficina de Salut Laboral” (UA7).

Mobilitat

En resposta a la variable de l’activació de programes per fomentar el transport sostenible, poc menys d’un terç de les universitats adherides a la Xarxa Vives (n=31.81%), i menys de la meitat de les institucions que disposen d’un projecte d’universitat saludable (n=45.45%), incorporen accions per promocionar mitjans de transport sostenibles en els eixos de treball.

El binomi transport-sostenibilitat és un fil de debat que apareix sovint en el discurs internacional sobre l’adopció de noves polítiques futures. Del nombre total d’organitzacions que treballen de manera explícita la promoció de noves estratègies per fomentar mitjans de transport més eficients en termes energètics, i ambientalment més sostenibles, el disseny d’una aplicació digital amb els canals disponibles per arribar al campus des dels nuclis urbans més concorreguts és la més utilitzada (UA3; UA4; UA5). Amb tot i amb això, l’alternativa més fomentada al vehicle motoritzat és l’establiment de punts de recollida i serveis de préstec de bicicletes (UA 3; UA8).

Altres recursos comunicatius emprats per les universitats són les infografies sobre els beneficis de realitzar els desplaçaments a peu o la creació de diversos projectes locals, alguns d’ells de manera intersectorial amb diverses entitats, per compartir cotxe en el desplaçament a les universitats (UA3; UA5; UA7; UA15).

Tabaquisme

L’epidèmia del tabaquisme representa una de les amenaces més importants per a la salut pública. El tabac és la segona substància psicoactiva més consumida en el món, amb més de mil milions de fumadors (Global Burden Disease, 2021). Malgrat el consum mundial d’aquesta substància ha experimentat un descens en les dues últimes dècades, en gran mesura degut a la disminució del nombre de dones fumadores (OMS, 2015), les conseqüències per a la salut de la població resten invariables.

En l’informe anual emès per l’OMS sobre la tendència i la prevalença del consum de tabac, l’any 2021 els experts varen anunciar que el consum de tabac, en qualsevol de les

seves múltiples formes possibles, és el factor principal de més de vuit milions de decessos l'any, així com un risc sever per a la salut dels individus que no el consumeixen directament però es troben exposats a entorns amb l'aire contaminat (OMS, 2021).

A despit de la rellevància mundial de la problemàtica enunciada, el nombre d'universitats que inclouen en el seu pla de salut accions dirigides al tractament del tabaquisme representa un nombre inferior ($n=22.72\%$) respecte altres indicadors com l'activitat física ($n=63.63\%$) o els hàbits alimentaris ($n=54.54\%$). Les accions empreses per les universitats, estan adreçades en la seva majoria a conscienciar a tots els membres de la comunitat sobre les conseqüències nocives del consum d'aquest tipus de substància. La realització de jornades de debat, com la "Jornada de Control de Tabaquisme" organitzada pel Centre Col·laborador de l'OMS pel Control del Tabac (UA4), o la iniciativa "+ salut 2014", organitzada per l'Oficina de Prevenció i Riscos Laborals per commemorar el dia mundial sense tabac el 31 de maig (UA16) són dos exemples d'activitats institucionals desenvolupades sota el projecte d'UPS amb un marcat caràcter preventiu.

Endemés de les accions informatives singulars elaborades per fomentar l'alfabetització en aquest tema de salut, una de les universitats membres ha desenvolupat un projecte d'institució sense fum de manera conjunta amb l'Associació Espanyola contra el càncer (UA10). Aquesta iniciativa, té com a objectiu limitar la presència de tabac al campus de la universitat i reciclar espais determinats per al seu consum.

En la seva majoria, els programes i les accions concebudes per respondre als reptes proposats pel tabaquisme estan englobades dins de l'eix de treball de les drogodependències. En aquest sentit, l'accés als serveis d'atenció a les addiccions prestats per les institucions determinen una línia d'aproximació de caràcter individualista, circumdant el marc de responsabilitat institucional a la voluntat privativa.

4.2.2. Resultats de l'Anàlisi de Components Múltiples i l'Anàlisi de Clústers Jeràrquic

Un cop analitzades com les diferents universitats integren, en aquells casos en els que la institució educativa superior inclou en el plantejament educatiu un compromís vers la promoció de la salut, els principis estratègics del moviment d'Universitats Promotores de la Salut mitjançant la instrumentalització operativa dels diferents ítems de treball en accions concretes, s'ha procedit a l'exploració particular de les diferents variables

importades amb l'objectiu de testar la hipotètica agrupació de les universitats en diferents grups o clústers homogenis en funció de l'adopció dels principis teòrics de la Universitat Promotora de la Salut. La Taula 13 mostra exemples d'activitats que les universitats desenvolupen per implementar els seus projectes en matèria de promoció de la salut.

Taula 13

Exemples d'accions específiques

Activitat física	• Càpsules informatives amb exercicis per fer a casa; rutes saludables al campus universitari; foment de l'ús de les instal·lacions esportives de la universitat; enquesta de salut per conèixer els estils de vida de l'estudiantat; realització d'activitats gratuïtes per a treballadors/es i estudiantat; guies pràctiques descarregables amb informació i exercicis físics.
Dieta	• Decàleg per a la preparació d'una carmanyola saludable; consells nutricionals per preparar el menjar per emportar; tallers de cuina; convenis de la universitat amb l'empresa proveïdora del servei de càterring per oferir opcions saludables.
Salut emocional	• Càpsules informatives sobre la salut mental i la pràctica de la meditació; oferiment de serveis psicològics per als membres de la comunitat universitària; tallers especialitzats per a la comunitat de treballadors i treballadores i estudiantat.
Salut sexual	• Càpsules informatives amb informació sobre salut sexual; oferiment de serveis específics sobre salut sexual per als membres de la comunitat universitària; campanyes de sensibilització mitjançant infografies en les instal·lacions del campus universitari; tallers i cursos sobre malalties de transmissió sexual.
Consum de drogues	• Campanyes de sensibilització; serveis d'assessorament i d'orientació sobre el consum de substàncies; projecte del dia lliure de fum; tallers de detecció i prevenció sobre conductes addictives.
Salut laboral	• Serveis d'exàmens mèdics per als treballadors i les treballadores; consells i exercicis per mantenir una postura corporal saludable al lloc de treball; serveis de fisioteràpia; oferiment de serveis mèdics especialitzats en salut laboral.

Polítiques antitabac	• Celebració del dia lliure de fum al campus; establiment d'espais lliures de fum en algunes àrees específiques del campus.
Transport	• Campanyes de sensibilització i promoció del desplaçament amb bicicleta; proveïment de bicicletes i espais de pàrquing; aplicacions mòbils per compartir vehicles a motor; disposició de servei de dutxes al campus.

Nota. Les accions il·lustrades en les diferents categories són exemples concrets extrets de l'anàlisi temàtic del contingut de les informacions compartides a les pàgines web.

Elaboració pròpia.

L'anàlisi exploratori inicial ha contemplat les vint-i-dues universitats membre de la XVU. Mentre que el màxim nombre possible de dimensions extretes pel MCA representant la màxima variabilitat de les dades, la inèrcia total, era igual a deu, les dues dimensions han representat el 41.57% de la variabilitat total: el 22.156% (0.739/1.3) de la inèrcia acumulada projectada per la dimensió 1 i el 19.415% (0.647/1.3) per la dimensió segona. La inèrcia total del model MCA ha estat igual a 1.3.

La contribució de les variables per a les dues primeres dimensions estan presentades en la Taula 14. Quan el valor es proper a 1, major és la contribució de la variable a la definició de la dimensió. Pel contrari, valors propers a 0 indiquen poca capacitat discriminadora, i per tant, un pes explicatiu menor de la heterogeneïtat del model definit. Amb la finalitat de procurar una posició clara i objectiva en la interpretació dels resultats obtinguts, tots els valors registrats superiors a la puntuació de la inèrcia han estat considerats significatius en l'elaboració i l'explicació del mapa de factors.

Taula 14

Contribució de cadascuna de les variables per dimensió

Variables	Dimensió 1 (axis 1/x-axis)		Dimensió 2 (axis 2/y-axis)		Mitjana
	Discriminació	Contribució (%)	Discriminació	Contribució (%)	
Activitat física	0.584	7.826	0.496	7.534	0.540
Hàbits alimentaris	0.589	7.893	0.686 ^a	10.420	0.637

Addiccions	<i>0.955^a</i>	12.798	<i>0.822^a</i>	12.486	0.889
Salut emocional	<i>0.927^a</i>	12.422	0.618	9.387	0.772
Salut sexual	<i>0.955^a</i>	12.798	<i>0.822^a</i>	12.486	0.889
Mobilitat	<i>0.956^a</i>	12.811	<i>0.772^a</i>	11.727	0.864
Consum de tabac	<i>0.955^a</i>	12.798	<i>0.822^a</i>	12.486	0.889
Salut laboral	<i>0.941^a</i>	12.610	0.577	8.765	0.759
Col·laboració institucional	0.261	3.497	0.334	5.073	0.298
Sostenibilitat	0.262	3.511	0.523	7.944	0.393
Classificació rànquing	0.077	1.031	0.111	1.686	0.094
Total	7.462	100.000	6.583	100.000	7.024
% de la inèrcia projectada	22.156		19.415		20.786
Inèrcia	0.739		0.647		

Nota. ^aEls valors en itàlica es consideren elevats i significatius (per sobre de la inèrcia)
Elaboració pròpia.

En l'anàlisi conjunta de les variables de treball per les dues dimensions identificades estadísticament, els components addiccions, salut sexual, mobilitat i consum de tabac presenten una capacitat discriminadora en els dos eixos d'anàlisi, mentre que la salut laboral (0.941) i els hàbits alimentaris (0.686) es defineixen com les característiques distintives per les dimensions primera i segona respectivament. Tenint en compte els resultats enunciats, la dimensió primera pot considerar-se com un representat de les característiques "estructurals" de la Universitat Promotora de la Salut, mentre que la dimensió segona, agrupa disposicions més "materials".

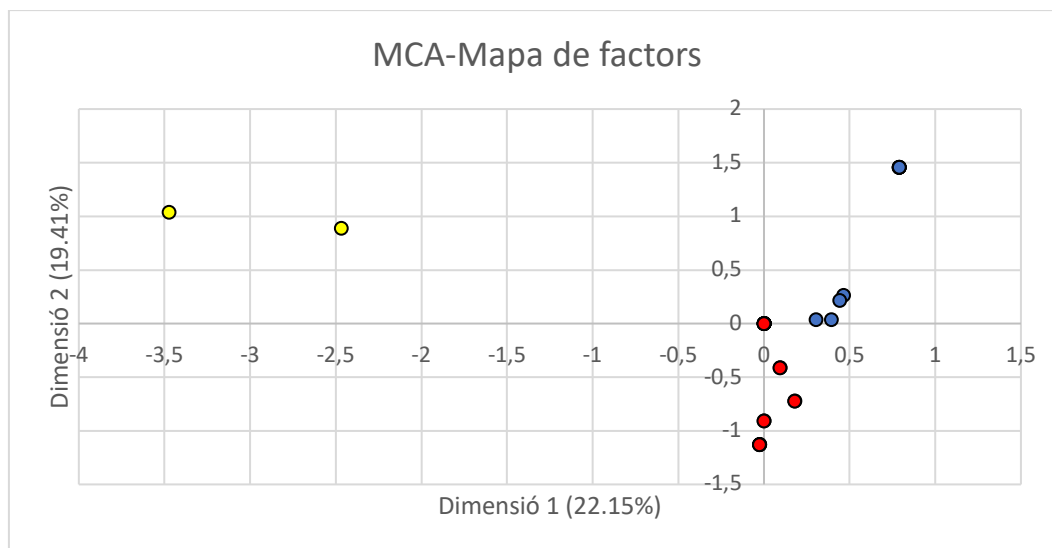
La relació entre les diferents variables i cada una de les universitats queda il·lustrat en el mapa de factors exemplificat en la Figura 13, el qual representa cada una de les institucions com a punts independents en un espai comú de dues dimensions. La implicació pràctica del mapa generat, delinea una adopció heterogènia dels principis

fundacionals de l'estratègia UPS, i planteja la possibilitat d'agrupar les diferents universitats en 3 tres conglomerats o clústers diferents. En el quadrant inferior dret, s'agrupen aquelles universitats que no incorporen en les seves planes electròniques informacions sobre aspectes per promocionar la salut en el context universitari ($n=5$); mentre que el quadrant superior dret centralitza aquelles institucions ($n=15$), la majoria de tipologia pública que sí incorporen alguna acció de promoció de la salut en el seu pla estratègic. Contràriament a les dues agrupacions anteriors, el quadrat superior esquerre aglutina dues institucions que manifesten incorporar la promoció de la salut com a estratègia d'intervenció però no expliciten cap acció de treball de manera concreta.

Prenent com a marc de referència les puntuacions obtingudes en l'anàlisi de dades conjunt, i la posterior distribució espacial de les diferents variables definides mitjançant l'anàlisi múltiple de correspondència, s'ha utilitzat la tècnica HCA per provar la presumible agrupació teòrica de les universitats en relació a l'aplicació dels components clau de la Universitat promotora de la salut en cada cas. A partir de la inspecció visual del dendrograma, un diagrama en forma d'arbre que descriu els passos necessaris per la tècnica d'agrupació des de grups únics, a un grup únic amb n casos, es pot inferir la existència de tres clústers. Atenent a la poca claredat reportada pel diagrama, i a la subjectivitat en la interpretació dels resultats, per tal de comprovar l'existència estadística de dues o més agrupacions en relació a l'estimació dels coeficients informats, es va preconfigurar l'existència de dos models d'anàlisi diferents: un integrat per dos clústers i l'altre per tres.

Figura 13

Mapa de factors



Nota. Les universitats estan representades per punts. Aquelles universitats que comparteixen característiques estan agrupades de manera conjunta formant un clúster. Clúster 1 (color blau); Clúster 2 (color groc); Clúster 3 (color vermell).
Elaboració pròpia.

4.2.2.1. Perfil dels clústers

Després de l'avaluació de les necessitats i dels resultats anteriors derivats de l'anàlisi documental, s'han generat tres clústers a partir de l'aplicació del HCA. El clúster 1, està format per 15 universitats (68.18% de les 22 institucions que formen part de la XVU); el clúster 2 per 2 institucions (9.09% de les 22 institucions totals); i el clúster 3 per 5 universitats (22.72%) Pel que fa a la variància en l'aplicació de les variables teòriques de la UPS en les dues agrupacions, l'activitat física ha estat l'únic indicador que ha reportat diferències estadísticament significatives ($p < 0.05$) entre grups. És important recordar que les variables que presenten una major variació entre-grups, són aquelles que possibiliten a nivell estadístic discriminar entre agrupacions. En el nostre cas particular, l'anàlisi comparatiu entre grups ha mostrat diferències estadísticament significatives en tots els components definitoris de una Universitat Promotora de la Salut, menys en els ítems "activitat física" i "hàbits alimentaris" tal i com es mostra en la Taula 15.

Taula 15*Comparació entre clústers*

	Total N=22	Clúster 1 N=15	Clúster 2 N=2	Clúster 3 N=5	<i>p</i>
Activitat física	14 (63.63%)	8 (53.33%)	1 (100%)	5 (100%)	0.157
Hàbits alimentaris	12 (54.54%)	6 (40.00%)	1 (77.77%)	5 (100%)	0.067
Addiccions	5 (22.72%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	<.001
Salut emocional	8 (%)	3 (8.66%)	0 (0%)	5 (100%)	<.001
Salut sexual	5 (22.72%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	<.001
Mobilitat	7 (31.81%)	2 (13.33%)	0 (0%)	5 (100%)	<.001
Consum de tabac	5 (22.72%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	<.001
Salut laboral	10 (45%)	5 (33.33%)	0 (0%)	5 (100%)	0.021
Col·laboració institucional	10 (45%)	5 (33.33%)	0 (0%)	5 (100%)	<.001
Sostenibilitat	9 (40.90%)	4 (26.66%)	0 (0%)	5 (100%)	<.001

Nota. Els valors representen el número d'universitats (percentatge) en relació al clúster. *p*; significança
Elaboració pròpia.

L'avaluació post hoc de les diferències entre els grups ha mostrat tres perfils d'universitats diferent. A partir de les comparacions efectuades, els tres clúster es poden caracteritzar de la següent manera:

El **clúster 1** és l'agrupació més gran i heterogènia del model proposat, i està integrada per 15 universitats de tipologia, mida i reconeixement diferents. Les institucions acadèmiques contemplades en aquest agrupament presenten accions concretes per fomentar l'adquisició d'hàbits saludables, principalment mitjançant la promoció de serveis per fomentar la pràctica d'algun esport, l'elecció de decisions saludables en termes alimentaris, accions per conscienciar sobre la necessitat de mantenir un estat emocional estable així com la incentivació de mitjans de desplaçament sostenibles, com les línies de bus internes o el servei de lloguer de bicicleta.

En línies generals, gran part de les iniciatives enunciades són desenvolupades mitjançant accions concretes i puntuals, la majoria d'elles sense col·laboracions institucionals

robustes amb altres actius de la universitat. Considerant la profusió i multiplicitat d'accions efectuades i l'estructuració de les característiques de la UPS que practiquen, les universitats englobades dins d'aquest clúster es poden etiquetar com “Universitats Promotores de la Salut incipients”.

El **clúster 2** el conformen dues universitats de tipologia privada i una mida variable en funció de la institució segons els criteris establerts en l'exercici de codificació. Totes dues institucions educatives superiors expressen públicament la necessitat d'incorporar un pla estratègic de promoció de la salut en l'eix de treball de la universitat. No obstant, malgrat el reconeixement explícit de realitzar accions concretes, no es comparteixen públicament directrius ni resultats de la implementació de dites activitats enunciades en el pla organitzatiu. Respectant la voluntat de desenvolupament de treballs específics, les iniciatives subratllades per aquest clúster es poden enunciar sota l'etiqueta “Universitats Promotores de la Salut prematures”.

A diferència de les dues agrupacions anteriors, el **clúster 3** el conformen cinc universitats de naturalesa pública, de mida mitjana-gran, i amb un reconeixement internacional que les situen en posicions capdavanteres dins del territori de la península ibèrica. Totes cinc institucions disposen d'un pla estratègic de treball i un òrgan gestor de les accions en matèria de promoció de la salut, la majoria d'elles sota l'etiqueta “d'universitats saludables” o “oficina de salut”. Les accions implementades són reconegudes per agents de la universitat, i disposen de recursos propis i nexes de col·laboració amb altres seccions departamentals de la pròpia universitat o externes a la mateixa. Atenent a la sòlida estructuració dels elements institucionals, les iniciatives incloses en aquest clúster es pot etiquetar com “Universitats Promotores de la Salut sòlides”.

Síntesi dels resultats

La promoció de la salut com a paradigma dins de l'àmbit de la salut pública és adoptat de maneres diferents per les institucions que conformen la XVU. Per conèixer la visibilització de les polítiques públiques saludables en matèria de promoció de la salut, s'ha realitzat un anàlisi documental de les comunicacions compartides en les vint-i-dues pàgines web. Els resultats de l'anàlisi temàtic del contingut ha reportat vuit àrees de treball principal, essent l'activitat física la categoria més treballada. Entre les mesures i

els materials emprats per millorar la qualitat de vida i el benestar dels diferents col·lectius universitaris destaquen els formats digitals, com ara infografies i càpsules informatives, i la provisió de serveis propis d'assessorament i prevenció en salut sexual i reproductiva i el consum de substàncies. Exemples concrets de les accions efectuades per les universitats poden ser consultats al cos del text.

Després d'analitzar les particularitats de les publicacions difoses en els dominis electrònics de cada universitat, les deu dimensions de treball s'han codificat numèricament. La síntesis de les proves psicomètriques de reducció dels conjunts ha permès identificar tres clústers o agrupacions. El grup més numèric està conformat per quinze universitats de tipologia variada, en les quals sembla existir una voluntat institucional de fomentar la pràctica de la promoció de la salut mitjançant el desenvolupament d'activitats d'hàbits saludables. Malgrat s'observa un esforç col·lectiu per part de les institucions de la XVU d'esdevenir entorns promotors de la salut, la realitat mostra un paratge en vies de desenvolupament que dista bastant de la creació d'una cultura de Promoció de la Salut.

Les característiques de cada un dels grups d'universitats estan explicades amb major grau de detall en la Taula 15. De manera general, els resultats despresos del MCA i el HCA ens permeten configurar una representació succinta de com les institucions adherides a la XVU integren els principis de l'estratègia d'UPS en les seves estructures. En la segona part de l'estudi s'explorà de manera particular les característiques i les percepcions sobre la Universitat Promotora de la Salut a través d'un estudi de cas a la UdA. Els resultats d'aquesta sub-fase de la recerca estan presentats en l'apartat 4.3.3.

4.3. Anàlisi quantitativa

4.3.1. Resultats de l'estudi pilot

Com s'ha comentat anteriorment, a través d'un mostreig no probabilístic per conveniència s'ha obtingut una mostra total de $N=63$ participants pertanyents al col·lectiu de l'estudiantat de la Universitat d'Andorra que van accedir a l'administració de l'enquesta digital. Amb la intencionalitat de clarificar possibles dubtes existents en el moment del subministrament de l'instrument i comprovar les propietats estructurals del mateix,

l'investigador principal va explicar i va romandre de manera presencial a l'aula en el moment de l'administració. Del total de respostes obtingudes, 56 membres de l'estudiantat varen completar correctament tots els ítems de l'enquesta.

Tot seguit, es presenten els resultats derivats de l'anàlisi descriptiu efectuat.

Respecte a l'edat dels subjectes, la mostra total enquestada presenta una mitjana d'edat de 23 anys, essent un 78.57% dones i un 21.43% homes. La Taula 16 recull els valors de les anàlisis de tendència central per a la variable "edat".

Taula 16

Característiques de la variable "edat"

Mitjana	Desviació estàndard
23.2	8.29

Nota. Elaboració pròpia.

Pel que fa al nom de la titulació que està cursant, tots els enquestats estudien en el bàtxelor de Ciències de l'educació en diferents cursos acadèmics, trobant-se el 44.64% de la mostra d'estudiants en el segon curs, el 28.57% cursant el primer any i un 12.50% en el darrer any dels estudis.

En quant al lloc de residència durant els estudis universitaris, un 85.71% de l'estudiantat conviu en el domicili familiar, un 3.57% comparteix pis amb un altre persona i el 10.71% viu sola. La resta de variables sociodemogràfiques: domicili i combinació dels estudis amb alguna altra activitat es presenten gràficament en les figures gràfiques 22 i 23 respectivament (ubicades a l'Annex X).

Efectuant una anàlisi descriptiva de les característiques del perfil dels subjectes enquestats, la majoria es desplacen a la universitat utilitzant el vehicle privat (39.29%) seguit de prop per l'ús del sistema de transport públic (24%), i una minoria que ho fa a peu (12.50%).

Pel que fa al ítem SE8 "combina els estudis amb alguna altra activitat", el 62.50% compagina els estudis amb la feina, essent la jornada parcial la més empleada (32.14%).

Per tal de facilitar la interpretació de les anàlisis descriptives efectuades, la presentació dels resultats seguirà la següent estructura. En primer lloc, es presentaran els percentatges d'incidència per als valor més destacats de cada un dels ítems. Posteriorment, s'acompanyarà cada una de les interpretacions amb l'anàlisi conjunt de les categories, indicant prèviament quines són aquestes categories confeccionades a priori. Finalment, es recull a mode de síntesi les aportacions més significatives de cada un dels diferents apartats de l'instrument de mesura.

4.3.1.1. Promoció de la salut a la universitat

Coneixement

El constructe Universitat Promotora de la Salut ha estat reconegut per un 23.21% dels subjectes enquestats. Així mateix, al preguntar sobre les percepcions individuals respecte la responsabilitat atribuïda a la universitat d'esdevenir un entorn actiu en la planificació i el desenvolupament d'accions orientades a la promoció de la salut, un gruix significatiu de participants (37.50%), verbalitzen explícitament que “és un tema important que és poc visible i que s'hauria de potenciar en el futur”.

En quan al coneixement del nombre d'accions que es desenvolupen a la Universitat d'Andorra per promocionar la salut en el centre educatiu, les accions per promoure l'activitat física (64.29%) i el benestar psicològic (53.37%) són les que gaudeixen de major reconeixement entre la comunitat estudiantil enquestada, existint gairebé un quart dels subjectes que reconeix la nul·la existència d'accions.

Preguntant pel grau de satisfacció amb les accions desenvolupades per promoure la salut, un 30.36% de l'estudiantat reconeix està gens satisfet amb les tasques per potenciar l'activitat física. Aquesta tendència es veu replicada i augmentada quan se'ls pregunta per les accions efectuades en les àrees de “benestar psicològic” (37.50%), i “altres” (55.36%). Quan se'ls pregunta per accions concretes, les “activitats de caràcter lúdico-esportiu” són les més reconegudes (33.92%), seguides de les xerrades organitzades per la comissió Uda Solidària per conscienciar a l'estudiantat sobre la importància del benestar psicològic (10.71%).

Participació

La categoria “participació” agrupa deu ítems de treball PS6, PS7, PS8, PS9, PS10, PS11, PS12, PS13, PS14 i PS15, que valoren el grau de participació en accions efectuades per promoure la salut així com les percepcions sobre la importància d’incloure i participar d’aquestes activitats en funció del període acadèmic en el que es trobin l’estudiantat.

Del nombre total de participants que varen contestar tots els ítems de l’enquesta (N=56), el 55.36% afirma haver participat d’alguna acció per promocionar la salut en el context universitari. D’aquest subcol·lectiu, un gran nombre d’alumnes reconeixen haver participat entre 1 i 3 vegades (15%), per un 17.86% que només ho ha fet en una ocasió. Entre els membres que varen escollir l’opció de no participació, la manca de temps (40%) i la falta d’interès (28%) són els motius principals identificats per l’estudiantat.

Quan se’ls va preguntar pels temes de salut que més els preocupen, el 89.29% dels subjectes va reconèixer el benestar psicològic com una preocupació important en el seu dia a dia. L’alimentació (53.57%) i la pràctica d’activitat física (48.21%) són dues àrees de treball relacionades amb el benestar en general que són percebudes per l’estudiantat com dimensions de la salut a treballar. Paral·lelament, entre les accions desitjades per fomentar la salut, el desenvolupament d’un pla de salut mental i les xerrades sobre alimentació i benestar psicològic són dels comentaris més compartits entre els membres de l’estudiantat del bàtxelor en Ciències de l’educació.

Aquestes percepcions copsades pels subjectes en relació a les limitacions identificades que dificulten l’adhesió als programes efectuats, gairebé la meitat de l’estudiantat (44.64%) reconeix que participaria en un grau elevat si la universitat adoptés el compromís d’efectuar activitats relacionades amb els hàbits alimentaris, la promoció de l’activitat física i el consum de substàncies en el futur.

En l’ítem PS9 “quin agent hauria d’assumir la responsabilitat de promocionar la salut a la universitat”, el 40% dels subjectes considera que ha de ser el personal de l’àmbit de la salut l’encarregat de gestionar aquestes accions. Els caps de departament (58.93%) i el professorat associat (58.93%) són figures professionals que també han estat reconegudes com possibles agents per assumir el control i el compromís d’incloure la promoció de la salut a la universitat.

Finalment, a l'analitzar la incidència i el grau d'importància de la promoció de la salut durant els estudis universitaris, un 51.79% dels subjectes reconeix la inclusió de la promoció de la salut com un element imprescindible d'aquest període de la vida personal.

Actius en salut

Al preguntar a l'estudiantat pels elements del context universitari que tenen un impacte positiu en la seva concepció de l'estat de salut, la figura del docent i l'estructura organitzativa del centre han estat algunes de les accions més assenyalades pels mateixos. Pel que fa a accions futures, la institució d'activitats per promoure la inclusió social entre col·lectius de diferents graus, així com l'establiment d'un espai físic on menjar i beure, ha estat el recurs amb major grau de concordança entre els participants (21.42%).

4.3.2. Anàlisi de la validació de l'instrument de recollida de dades

En la validació de l'enquesta per part del grup d'experts varen participar nou professionals amb característiques i interessos de recerca similars. Cadascun dels participants va realitzar l'avaluació de manera independent per no interferir en la validació dels ítems definits en l'instrument de mesura original. De mitjana, el grup seleccionat és representatiu dels àmbits de la infermeria (n=4), però també hi han participat experts en el camp de la fisioteràpia (n=2), la salut integral (n=1), les ciències de l'educació (n=1) i l'elaboració de polítiques (n=1).

Tots els membres inclosos en la mostra estudiada compleixen amb alguns dels criteris d'inclusió mencionats en l'apartat 3.4.5.3. i desenvolupen les seves activitats laborals i de recerca en diferents organitzacions.

A la Taula 17 es descriu el perfil sociodemogràfic del grup d'experts.

Amb l'objectiu de profunditzar en les diferents avaluacions, totes les aportacions van ser sotmeses a dos tractaments analítics complementaris. Primerament, es va analitzar el grau de concordança entre els experts mitjançant un estadístic no paramètric de correlació de rangs. I en segon lloc, es va realitzar un buidatge de les diferents aportacions enunciades de manera independent per parts de tots els experts i es van examinar a través de la tècnica d'anàlisi del contingut.

Taula 17*Característiques jutges de la validació*

Núm. Total de participants		9
Sexo	Home	2
	Dona	7
Edat	Edat mínima	<30
	Edat màxima	>60
Àmbit professional	Infermeria	4
	Seguretat laboral	1
	Elaboració de polítiques	1
	Fisioteràpia	2
	Ciències de l'educació	1
Titulació acadèmica	Doctorat	7
	Altres	2
Anys d'experiència	Més de 5 anys	2
	Entre 5 i 20 anys	5
	Més de 30 anys	2

Nota. Elaboració pròpia.

4.3.2.1. Validació dels experts: anàlisi quantitativa

En un primer moment, després d'haver recopilat i tractat totes les avaluacions de manera individual, es va procedir a l'anàlisi estadístic per comprovar el grau de concordança entre els experts en les diferents dimensions definides. Seguint les recomanacions enunciades per Escobar-Pérez i Cuervo (2008), al tractar-se d'un anàlisi individualitzat de cadascun dels reactius a partir de l'avaluació numèrica en una escala tipus Likert de 5 punts de tres aspectes: claredat, adequació i pertinença, l'estadístic emprat per conèixer el grau d'associació entre els K conjunts de grups (eliminant la influència de l'atzar) ha estat el Coeficient de concordança W de Kendall.

La Taula 18 mostra els resultats per cada una de les tres dimensions avaluades.

Taula 18

Coeficient de concordança de Kendall

	W	P value
Claredat	0.4402542	0.0001863
Adequació	0.8679534	<0.001
Pertinença	0.9229579	<0.001

Nota. Elaboració pròpia.

Considerant les recomanacions efectuades per Schmidt (1997) d'establir el punt de tall òptim al voltant del 0.7, podem considerar que existeix un grau de concordança estadísticament significatiu entre les avaluacions efectuades pels diferents experts. Les dimensions teòriques “adequació” ($W=0.86$) i “pertinença” ($W=0.92$), mostren un grau d'homogeneïtat elevat pel que fa a les opinions, mentre que el resultat obtingut en el criteri “claredat” ($W=0.44$) indica major disparitat entre els acords dels experts.

Per tal d'identificar amb més transparència les possibles dificultats percebudes en la redacció dels ítems originals, es va complementar la interpretació estadística amb l'escrutini individualitzat de cada una de les aportacions així com dels comentaris globals, parant especial atenció a la dimensió que havia generat més grau de disputa en la valoració dels ítems. Per facilitar la tasca d'interpretació dels resultats, es van agrupar en un mateix document tots els comentaris per a cada ítem.

A continuació es presenten les mesures adoptades a partir de l'anàlisi qualitatiu del contingut dels comentaris realitzat al buidatge de totes les contribucions.

4.3.2.2. Validació dels experts: anàlisi qualitativa

Revisades les aportacions efectuades pels experts i amb l'objectiu de facilitar la comprensió de cadascun dels ítems es va decidir adoptar els canvis següents:

- Si bé els experts no van suggerir alterar les variables d'anàlisi, a efectes pràctic per facilitar-ne la comprensió vam decidir escindir l'apartat dedicat a qüestions sociodemogràfiques en tres categories d'anàlisi diferent: característiques sociodemogràfiques generals (SG1-SG6); característiques sociodemogràfiques de

l'estudiantat (SE1-SE9); i característiques sociodemogràfiques del col·lectiu de les persones treballadores (ST1-ST5).

- Seguint les indicacions dels experts, es va incorporar un ítem en l'apartat sociodemogràfic general en relació al temps de desplaçament fins a la universitat (SG6).
- Prenent en consideració el valor estadístic reportat en l'anàlisi quantitatiu de la dimensió "claredat" i els comentaris coincidents per part dels experts sobre les possibles dificultats de comprensió, l'ítem SE8 sobre la compaginació d'estudis amb alguna altra activitat es va redefinir tot especificant la categoria laboral.
- L'ítem ST3 de la categoria "característiques sociodemogràfiques dels treballadors i les treballadores" es va dividir en dos ítems independents ST4 "característiques del contracte laboral segons la jornada" i ST5 "característiques del contracte de treball segons la tipologia".
- L'ítem ST3 referent als "anys d'experiència en el càrrec actual" es va re-codificar en quatre opcions de resposta ordinals (interval de 4 anys).
- Es va afegir un ítem "SRH1" com a indicador de mesura de l'estat de salut subjectiu.
- L'ítem PS6 "participació en les accions de promoció de la salut" es va codificar com una pregunta filtre en funció de l'opció de resposta seleccionada pel participant. En el cas de respondre afirmativament, s'ha configurat l'ítem "grau de freqüència" (PS8). En el cas de seleccionar l'alternativa negativa, al participant se l'interpel·la pels motius de la no participació (PS9).
- Es van revisar i introduir les recomanacions necessàries a cada ítem amb relació a l'expressió idiomàtica de la pregunta.
- Finalment, l'anàlisi del contingut efectuat a partir dels resultats de la prova pilot, ens ha permès re-considerar la idoneïtat d'algunes opcions de resposta dels ítems plantejats inicialment com opcions de resposta lliure. Els ítems (SE9, ST4, ST5, PS3, PS4, PS9 i PS12) de l'instrument definitiu s'han definit amb opcions de resposta nominal predeterminades per facilitar-ne la comprensió per part dels subjectes enquestats.

A partir dels resultats obtinguts en l'anàlisi quantitativa, i les recomanacions efectuades pels experts en el pla qualitatiu, es va configurar l'instrument definitiu de mesura.

L'enquesta titulada “la Universitat com a entorn promotor de la salut”, està formada per 39 ítems dividits en 7 seccions:

- Dades sociodemogràfiques generals: 6 preguntes
- Dades sociodemogràfiques de l'estudiantat: 9 preguntes
- Dades sociodemogràfiques dels treballadors i les treballadores: 5 preguntes
- UPS: 14 preguntes
- Actius en salut: 2 ítems
- Salut Auto-percebuda: 1 ítem
- Participació futura: 2 preguntes

4.3.3. Resultats de l'administració general: el cas de la Universitat d'Andorra

Després de realitzar diversos contactes amb el responsable de la XVU per promocionar l'adhesió de les universitats adscrites a la tercera fase del present estudi, solament la Universitat d'Andorra ha resolt favorablement la seva participació. De les 22 universitats de la Xarxa Vives, sis institucions van respondre negativament a l'oferta d'inscripció al·legant qüestions procedimentals relacionades amb la propietat intel·lectual de la pròpia universitat. Les altres 16 institucions restants no van pronunciar-se per mitjà de cap canal.

4.3.3.1. *Descripció de la mostra utilitzada*

Com s'ha comentat anteriorment, s'ha utilitzat un mostreig aleatori estratificat en el que s'ha adoptat com a variable estratificadora els cursos de bàtxelor oferts per la UdA l'any acadèmic 2023-2024. El procés d'administració de l'enquesta ha estat virtual. Després de contactar i convenir un espai de trobada amb els responsables dels diferents departaments, l'investigador principal va accedir a les diferents poblacions de manera física a l'aula per presentar l'estudi i resoldre dubtes potencials. Per als membres de la comunitat externs a l'estudiantat, la informació i la invitació a participar a l'estudi es va dur a terme electrònicament mitjançant el servei de comunicacions intern. Acabat el període d'administració de l'enquesta definit a l'inici de la recerca, s'ha obtingut una mostra total de N=133 subjectes, dels quals N=37 formen part del col·lectiu de personal docent i de gestió i N=96 són membres de l'estudiantat. A través de la informació sociodemogràfica

recollida en el primer apartat de l'instrument, a continuació presentem les principals característiques de la mostra utilitzada en l'estudi. Les Taules 19, 20 i 21 recullen de manera organitzada les informacions sociodemogràfiques de la mostra enquestada.

Taula 19

Distribució de la mostra dels treballadors i les treballadores

Lloc de treball	Participants (N)
Personal Docent i Investigador funcionari	9
Personal Docent i Investigador laboral	13
Personal d'Administració i Serveis funcionari	6
Personal d'Administració i Serveis laboral	9

Nota. Elaboració pròpia.

Respecte a l'edat dels subjectes en funció del rol que ocupen a la universitat la mostra total presenta les dades següents:

Taula 20

Edat dels participants en funció del rol que ocupen

	Mitjana	Desviació estàndard	Mediana
Estudiantat	23	4.29	22
Treballadors/es	46.9	6.49	48

Nota. Elaboració pròpia.

Pel que fa als anys d'experiència en el càrrec actual de les persones treballadores a la Universitat d'Andorra, les dades obtingudes són les que a continuació es presenten:

Taula 21

Anys d'experiència en el càrrec actual

Mitjana	Desviació estàndard	Mediana
2.41	1.14	2

Nota. Elaboració pròpia.

Referent a la distribució del col·lectiu de l'estudiantat, la Taula 22 recull el nombre de participants inclosos en la mostra final en funció de la titulació acadèmica i el curs de la mateixa. Considerant la participació d'alguns dels subjectes del bàtxelor de ciències de l'Educació en la validació empírica de l'enquesta, en el moment de l'administració definitiva de l'instrument de recollida de dades es va demanar als subjectes de no respondre.

Taula 22

Distribució de les freqüències per curs i àmbit d'estudi

Curs	Àmbit d'estudi	Freqüència	% del total	% Acumulat
Primer	Infermeria	30	31.3%	31.3%
	Educació	24	25.0%	67.7%
	Informàtica	9	9.4%	87.5%
	ADE	1	1.0%	97.9%
Segon	Infermeria	3	3.1%	34.4%
	Educació	2	2.1%	69.8%
	Informàtica	3	3.1%	90.6%
	ADE	0	0.0%	97.9%
Tercer	Infermeria	8	8.3%	42.7%
	Educació	8	8.3%	78.1%
	Informàtica	6	6.3%	96.9%
	ADE	2	2.1%	100.0%

Nota. Administració i Empresa (ADE)

Elaboració pròpia.

En quant a la resta de dades relacionades amb variables personals, les dades referents a la mostra es presenten gràficament en les Taules 23 i 24 respectivament. Efectuant la comparació entre el rol que ocupa a la universitat a través de proves de chi-quadrat, apareixen diferències estadísticament significatives en les variables “mitjà de desplaçament” ($\chi^2 = 39.7$; gl = 4; $p = .001$) i “temps que tarda en arribar a la universitat” ($\chi^2 = 16.7$; gl = 3; $p = .001$).

Atenent al temps mitjà necessari per desplaçar-se fins a la universitat, el col·lectiu de l'estudiantat és el que compta amb més subjectes que dediquen més de mitja hora diària, mentre que la majoria de persones treballadores disposen de vehicle privat.

Taula 23

Distribució de la identitat de gènere de l'estudiantat per àmbit d'estudi

Àmbit d'estudi	Identitat de gènere	Freqüència	% del total	% Acumulat
Infermeria	Home	18	18.8%	18.8%
	Dona	21	21.9%	82.3%
	No Binari	2	2.1%	100.0%
Educació	Home	26	27.1%	45.8%
	Dona	8	8.3%	90.6%
	No Binari	0	0.0%	77.9%
Informàtica	Home	14	14.7%	92.6%
	Dona	4	4.2%	96.8%
	No binari	0	0.0%	100.0%
ADE	Home	0	0.0%	60.4%
	Dona	3	3.1%	97.9%
	No binari	0	0.0%	100.0%

Nota. Elaboració pròpia.

Taula 24

Distribució de la variable identitat de gènere en funció de la jornada laboral

Identitat de gènere	Jornada laboral	Freqüència	% del total	% Acumulat
Home	Jornada completa	20	54.1%	54.1%
	Jornada parcial	0	0.0%	97.3%
Dona	Jornada completa	15	40.5%	94.6%
	Jornada parcial	1	2.7%	97.3%

No Binari	Jornada completa	1	2.7%	97.3%
	Jornada parcial	0	0.0%	100.0%

Nota. Elaboració pròpia.

La presentació de la informació corresponent a l'anàlisi de l'enquesta administrada a la Universitat d'Andorra seguirà la següent estructura. En primer lloc, es comparteixen de manera singular els resultats més salients de cada un dels ítems definits en l'instrument de recollida de la informació. A continuació, es mostren els percentatges més destacats de les variables confeccionades, especificant de manera particular el propòsit de cada una de les mateixes. Posteriorment es detecta si existeixen diferències estadísticament significatives entre els diferents col·lectius participants en l'estudi, i en cas afirmatiu, s'especifica quina és la tendència de la significació. Al final de cada apartat es recull a mode de síntesi la informació més rellevant identificada en els anàlisis efectuats.

En una primera revisió de les dades obtingudes en els qüestionaris, hem pogut constatar una disminució de la taxa de resposta en els diferents ítems inclosos dins de la categoria "característiques sociodemogràfiques de la comunitat de persones treballadores". Aquest fenomen, reconduït amb la contestació de les qüestions posteriors, pot ser interpretat com un mecanisme de preservació de la pròpia privacitat. Per implicacions ètiques relacionades amb l'anonimat i confidencialitat dels participants, en el moment de l'administració electrònica els subjectes podien avançar en la contestació dels ítems posteriors sense haver respòs de manera obligatòria a les respostes de la categoria professional.

4.3.3.2. El concepte d'Universitat Promotora de la Salut

En el moment de plantejar metodològicament de quina manera el coneixement i les percepcions respecte el concepte d'Universitat Promotora de la Salut podien ser aproximades de manera empírica, hem ressaltat la disparitat d'opinions sobre el significat del Moviment d'UPS en el pla filosòfic-conceptual presents en la literatura específica. A través de la inclusió d'una pregunta oberta (UPS1) en l'enquesta administrada als diferents col·lectius de la UdA, hem pretès esbrinar quin és el grau de coneixement

respecte al constructe així com la seva opinió sobre el foment d'accions de promoció de la salut en el context universitari.

En aquest sentit, i en base als resultats obtinguts, podem constatar una tendència preponderant cap al desconeixement del concepte UPS en ambdós grups, essent majoritària en el col·lectiu de l'estudiantat.

Taula 25

Distribució de les freqüències del coneixement sobre el concepte UPS

Coneixement UPS	Càrrec	Freqüència	% del total	% Acumulat
Sí	Estudiant	22	16.5%	16.5%
	Treballador/a	10	7.5%	24.1%
No	Estudiant	74	55.6%	79.7%
	Treballador/a	27	20.3%	100.0%

Nota. Elaboració pròpia.

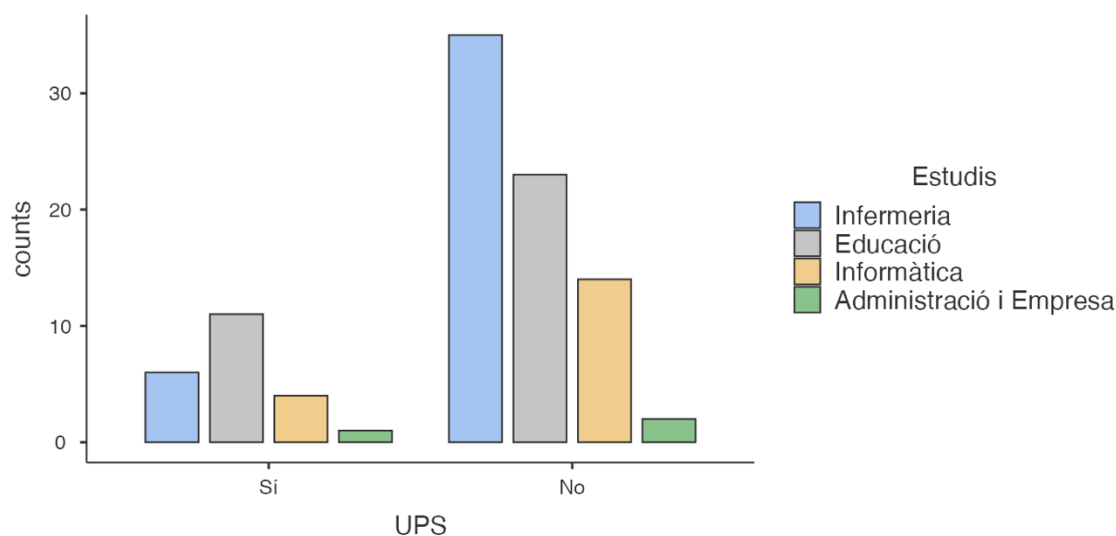
Aquesta tendència general de les dades il·lustrada en la Taula 25, cal matisar-la a partir de l'anàlisi específic dels diferents àmbits d'estudi, car apareixen diferències estadísticament significatives entre els cursos acadèmics:

$$\chi^2 = 43.3; \text{gl} = 1; p = <.001$$

Si atenem a les dades presentades en la gràfica de la Figura 14, podem observar que mentre els membres del col·lectiu estudiantil de l'àmbit de les Ciències de l'educació reporten un coneixement sobre el constructe UPS representat en percentatge acumulat de l'11.5%, l'estudiantat de tots els cursos (de primer a tercer) dels bàtxelors d'Infermeria, Informàtica i Administració i empresa conjuntament expressen un mateix percentatge conjunt d'un 11.5%. Observant els resultats d'aquest últim conglomerat, es pot detectar un alt grau de dispersió en les respostes obtingudes entre curs acadèmic i àmbit d'estudi, essent el col·lectiu del bàtxelor d'infermeria els qui reporten un major coneixement del concepte UPS respecte els participants adscrits als cursos dels bàtxelors d'Informàtica i d'Administració i empresa.

Figura 14

Percentatges de resposta a la variable UPS 1 (coneixement del concepte UPS) en funció de l'àmbit d'estudi



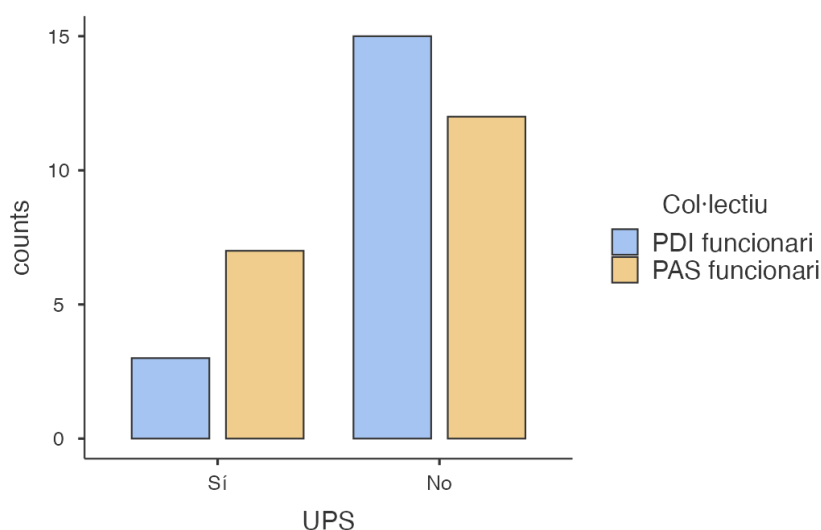
Nota. Elaboració pròpia.

Pel que fa a les respostes negatives de l'estudiantat, els membres del col·lectiu del primer curs dels àmbits de la Infermeria (28.4%) i de Ciències de l'educació (20.0%) manifesten major desconeixement respecte als seus homònims de cursos superiors. Si bé aquestes dades aporten informació valuosa sobre el perfil dels l'estudiantat que han sentit a parlar sobre el Moviment d'Universitats Promotores de la Salut, els resultats obtinguts han de considerar-se des d'un punt de vista metodològic. És a dir, atenent a la desproporció de participants per curs i àmbit d'estudi que han respòs al qüestionari, assumint una taxa de resposta a la pregunta absoluta, els percentatges de coneixement-desconeixement tendiran a ser majors en els estrats on hi ha més subjectes que responen a l'instrument.

Considerant per altra banda les respostes emeses pel col·lectiu representat pel Personal Docent e Investigador i Personal de Serveis, inclosos els serveis d'informàtica, de biblioteca i comptabilitat el percentatge de coneixement és més elevat en els membres del PAS (19.4%). De manera inversa, el Personal Docent i d'Investigació ha registrat un percentatge de resposta més elevat (38.9%) en quan al desconeixement respecte als companys del col·lectiu d'Administració i Serveis (33.3%). En ambdós casos, la tendència generalitzada observada en aquesta part de la recerca assenyala un desconeixement estès entre els diferents col·lectius del concepte nuclear Universitat Promotora de la Salut.

Figura 15

Percentatge de resposta a la variable UPS 1(coneixement del concepte UPS) en funció de la posició laboral



Nota. Elaboració pròpia.

Un cop analitzat el grau de coneixement respecte al concepte Universitat Promotora de la Salut en els diferents col·lectius de la comunitat de la UdA, de manera posterior a la primera qüestió es va demanar als participants per la seva percepció sobre la inclusió d'activitats de promoció de la salut a la universitat. La pregunta estava formulada de manera directa i en opció de contestació oberta. Atenent a la tipologia de la pregunta, per a l'anàlisi de les observacions s'ha fet ús de la tècnica qualitativa d'anàlisi del contingut. La Taula 26 recull de manera integrada les opinions més salients de tota la mostra enquestada (N=133).

De manera general, els subjectes interpel·lats reconeixen la importància intrínseca d'incloure accions de promoció de la salut en el context universitari. Alguns participants manifesten tàcitament desconèixer la manera particular en que la universitat pot contribuir a la promoció de l'estat de salut i de benestar dels membres que la integren, mentre que la gran majoria reconeixen la necessitat de practicar-la. Entre la divergència d'opinions recollides sota el parapluga de la promoció de la salut, alguns subjectes identifiquen els motius pels quals consideren que la universitat com a institució civil ha de vetllar per la salut dels seus membres. Alguns exemples concrets queden representats en els extractes següents: *“La universitat ha de ser un eix vertebrador de la promoció de la salut per a tota la societat”*.

Malgrat el reconeixement atribuït de la importància que la promoció de la salut té en el context global actual, en alguns casos el valor de les accions dissenyades a la Universitat d'Andorra no impacta de manera homogènia a tots els membres. Com assenyala un participant *“És un tema molt millorable. És cert que es fan accions, però són poc significatives”*. Així mateix, a despit de les possibles limitacions albirades, en el transfons de les respostes enregistrades es pot identificar una voluntat latent de fomentar i participar de manera activa del compromís institucional amb el modelatge d'aquesta pràctica salubrista. Com assenyala un participant:

“En qualsevol empresa o lloc de treball és important promoure la salut dels treballadors/es ja que així tenen una millor eficiència i rendiment, el que beneficia a l'empresa. A la universitat també hi ha els estudiants, i promoure la salut entre ells és ajudar a que la cultura de la promoció de la salut s'extengui socialment i arribi a la ciutadania. Per tant, la universitat promotora de la salut està contribuint a la millora del benestar social”.

Una tercera categoria temàtica identificada relacionada amb aspectes més conceptuals del paradigma és la representació de la promoció de la salut com a element de l'organització, i no tant com a producte lliurat. Des dels cercles institucionals, les convencions internacionals i, cada cop més, la pràctica empírica, s'ha definit la promoció de la salut en general, i la Universitat Promotora de la Salut en particular, com un tot. És a dir, més enllà de les propostes específiques que cada institució pugui desenvolupar, el context promotor de la salut és aquell que inclou en l'estructura pròpia de l'entitat, en aquest cas de la universitat, un compromís explícit per millorar l'estat de salut i de benestar dels membres que acull. En aquest sentit, dos participants refereixen en específic a la necessitat manifesta de considerar la promoció de la salut com un element propi de l'organització que representa la UdA, apel·lant a les polítiques universitàries i a la cultura de la mateixa com factors idiosincràtics per garantir l'èxit del compromís: *“Que és indispensable i hauria de ser transversal tant als estudis com a les polítiques universitàries”*.

Taula 26

Exemples de percepcions sobre la inclusió de la promoció de la salut a la universitat

Tema	Exemples
És un tòpic que s'ha de millorar	“És un tema molt millorable. És cert que es fan accions, però són poc significatives”.
Dificultats	“Que és justeta”. “És molt important però la sobrecarrega de treball i el ritme d'estudis no ho afavoreix”.
Desconeixement	“És important i desconegut”. “Desconec de quina manera la promoció de la salut s'inclou a la universitat”.
La promoció de la salut com a element intangible	“No n'he sentit parlar, m'ho haig de mirar encara”. “Penso que hauria de ser un fonamental la promoció de la salut en tots en tots els àmbits (educatiu, laboral, personal...), des de la infantesa fins a l'edat adulta, i recalcar-ho encara més a la vellesa”. “Que és indispensable i hauria de ser transversal tant als estudis com a les polítiques universitàries”.
Organització	“És molt necessària, però estem lluny de la cultura de salut a la universitat que seria desitjable”. “Que es tracta d'una organització, en un context d'aprenentatge i recerca, que pot contribuir a la promoció de la salut dels seus usuaris”.
Hàbits saludables	“Penso que és molt important, en tots els aspectes que el terme "salut" inclou, però molt especialment, en el context social actual, en els aspectes referents a la salut mental”. “Promoure els bons hàbits a les persones universitàries”.

Repte de futur	“És un projecte innovador per apropar a persones joves adult a tenir cura de la seva salut, per tal de millorar i prevenir conseqüències futures per no arribar a fer-ho. Així doncs, per la meua part animo a continuar i innovar a les noves idees per a la promoció de la salut”. “La universitat ha de ser un eix vertebrador de la promoció de la salut per a tota la societat. Actualment a la Universitat d'Andorra s'estan iniciant campanyes per promoure hàbits saludables i conscienciar a tota la comunitat. Segons el meu parer cal seguir treballant en aquesta línia de manera consistent al llarg del temps per tal de poder copsar els efectes positius d'aquestes intervencions”.

Nota. Elaboració pròpia.

Síntesi

Després de l'anàlisi de les dades obtingudes mitjançant la formulació de la pregunta “Havia sentit a parlar del concepte d'UPS” podem concloure que la majoria de la mostra enquestada, en especial l'estudiantat dels àmbits de la Informàtica i de l'Administració i empresa, desconeix la existència del Moviment d'Universitats Promotores de la Salut. Per altra banda, el col·lectiu representat per l'estudiantat del bàtxelor en Ciències de l'educació i el Personal d'Administració i Serveis són els sub-grups universitaris que presenten major grau de coneixement del terme UPS. La tendència general cap a la falta de presència il·lustrada en les diferents gràfiques es veu suportada per una diferència estadísticament significativa entre el grau de coneixement del concepte UPS i els cursos acadèmics.

Els resultats obtinguts en aquesta variable aporten informació rellevant sobre la presència de la Promoció de la Salut al context específic de la UdA. En qualsevol cas, resultarà d'interès particular contrastar i posar en relació les dades observades amb altres variables importants, entre elles, el grau d'implicació i participació en accions de promoció de la salut a la universitat.

4.3.3.3. La Promoció de la salut en el context universitari

Un cop analitzades les percepcions de la mostra enquestada al voltant del coneixement del terme UPS i la inclusió d'accions de promoció de la salut al context universitari, en els ítems següents hem preguntat als participants un conjunt de qüestions relacionades amb la importància de la promoció de la salut com a paradigma específic i la tipologia d'accions d'aquesta naturalesa que es desenvolupen a la seva universitat, en aquest cas concret, a la Universitat d'Andorra. Si en aquesta segona part del qüestionari estem investigant sobre les percepcions relacionades amb la promoció de la salut a la universitat, també ens resulta d'interès conèixer quines són les accions que es desenvolupen i la importància que tenen per als participants. Atenent a la naturalesa subjectiva de les percepcions, en alguns ítems s'han configurat apriorísticament les opcions de resposta conferint la possibilitat d'assenyalar i afegir altres opcions. La Taula 27 recull de manera succinta els elements que configuren aquest banc de preguntes, els quals contemplen diferents categories relacionades amb les accions de promoció de la salut, la participació en accions de promoció de la salut, percepcions relacionades amb la importància d'aquestes activitats, així com desitjos i interessos particulars relatius a aquesta pràctica en el context específic de la universitat.

Taula 27

Relació entre el codi i l'ítem

Codi	Ítem
UPS 3	Indiqui quines de les accions es desenvolupen a la seva universitat per promocionar la salut
UPS 4	Indiqui els temes relacionats amb la salut que més el preocupen
UPS 5	Puntui el grau de satisfacció amb les accions desenvolupades a la seva universitat
UPS 6	Indiqui exemples concrets d'accions efectuades
UPS 7	Participació en accions de promoció de la salut a la universitat
UPS 8	Indiqui la freqüència amb la que ha participat de les accions de promoció de la salut
UPS 9	Indiqui el motiu per el qual no ha participat de les accions
UPS 10	Accions que li agradaria que es desenvolupessin
UPS 11	Serveis que hauria d'assumir la responsabilitat de la promoció de la salut
UPS 12	Limitacions associades a la pràctica de la promoció de la salut

- UPS 13 Importància de la promoció de la salut en relació a diferents temes de salut
- UPS 14 Importància de realitzar accions de promoció de la salut en diferents etapes del cicle universitari

Nota. Elaboració pròpia.

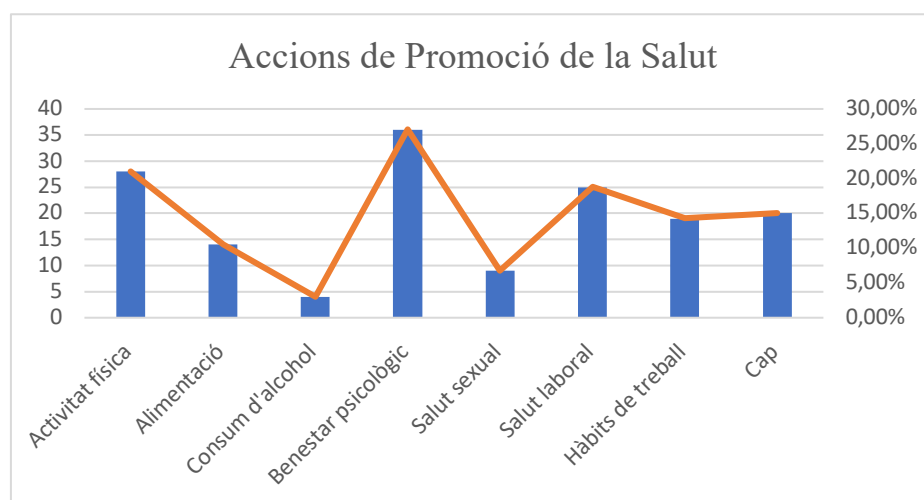
Accions que es desenvolupen a la universitat per promocionar la salut

La majoria de subjectes enquestats coincideixen en la realització d'activitats per promocionar i vetllar el benestar psicològic (27.07%) de la comunitat. De manera estreta a aquesta primera categoria, la promoció de l'exercici físic (21.05%) i la salut laboral (18.80%) són dos temes que solen abordar-se des de la mateixa universitat. La distribució del reconeixement de les accions que es duen a terme a la institució andorrana queden representades en la gràfica de la Figura 16.

De manera contrària a l'anotació exposada amb anterioritat, dels resultats que s'observen en aquesta primera aproximació descriptiva destaquen la percepció de la poca atenció rebuda per part de tòpics com el consum d'alcohol (3.01%) i la promoció de la salut sexual (6,77%). Un percentatge significatiu dels participants té la percepció que la seva universitat no dissenya cap tipus d'activitat per promocionar alguns dels elements relacionats amb la salut (15.04%).

Figura 16

Accions de Promoció de la Salut



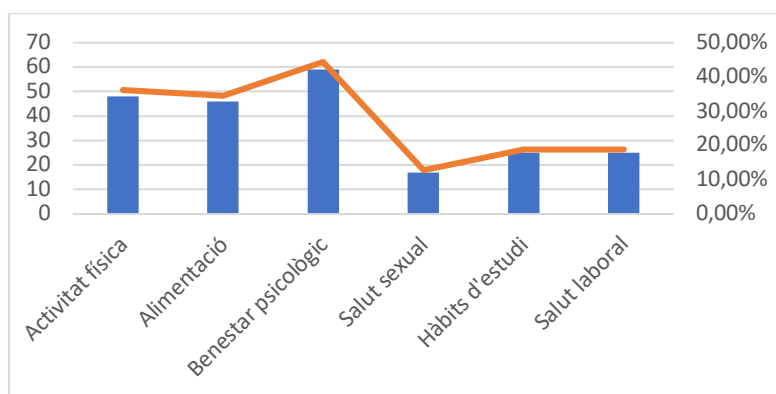
Nota. Elaboració pròpia.

Temes de salut que generen més preocupació en els col·lectius universitaris

Com queda enregistrat en la gràfica de la Figura 17, el benestar psicològic (44.36%) i l'activitat física (36.09%) són els dos temes relacionats amb la salut individual que més preocupen als membres de la comunitat universitària. En tercer lloc, els hàbits alimentaris (34.59%) són identificats com un aspecte d'especial interès per al col·lectiu estudiantil. Altres assumptes relacionats amb el benestar i la condició de salut com la salut sexual (12.78%) o la salut laboral (18.80%), ocupen una posició inferior en el rànquing de preferències dels col·lectius enquestats.

Figura 17

Temes de salut que més preocupen a la comunitat universitària



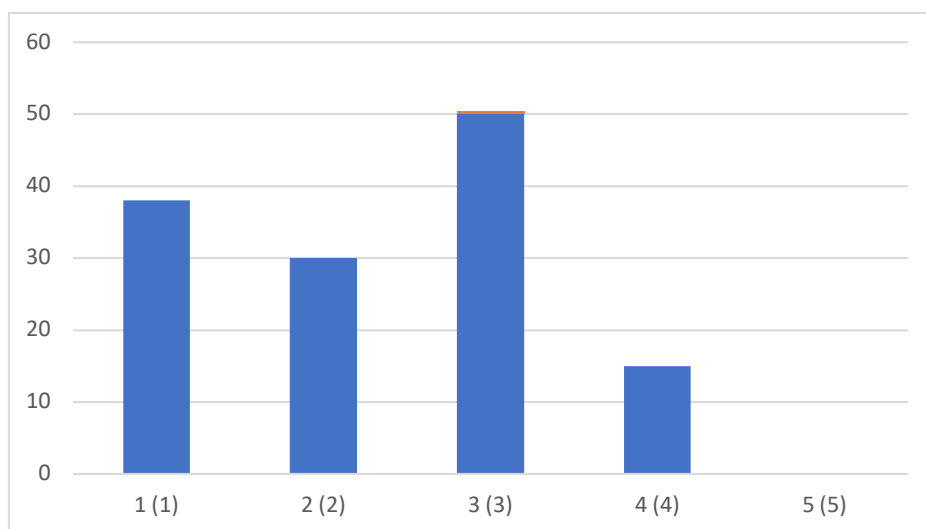
Nota. Elaboració pròpia.

Grau de satisfacció amb les accions de promoció de la salut realitzades

Després de descompondre percentualment i de manera descriptiva els elements relacionats amb el benestar que són de major importància per a l'estudiantat i el col·lectiu de persones treballadores de la universitat pirenaica, s'ha efectuat una anàlisi del grau de satisfacció dels participants respecte al tractament institucional que reben diferents temes relacionats amb la salut i els estils de vida. Com es mostra en la gràfica de la Figura 18, existeix un descontent generalitzat respecte a les accions de promoció de la salut (28.57%). Mentre que la majoria dels participants no reconeixen sentir-se satisfets ni descontents en absolut (37.59%), un percentatge petit de la mostra total enquestada (11.27%) manifesta sentir-se satisfeta amb el pla de propostes de la UdA.

Figura 18

Distribució de les freqüències del grau de satisfacció amb les accions per promocionar la salut



Nota. Escala de resposta tipus Likert (1 “gens satisfactori”, 5 “molt satisfactori”).

Elaboració pròpia.

Paral·lelament a la descripció del grau de satisfacció amb les accions per promocionar la salut, en aquest apartat de l'enquesta es va demanar als participants que aportessin exemples d'operacions específiques realitzades a la seva universitat. De forma sincrònica amb els temes de salut que més preocupen als col·lectius de la UdA, una de les accions que ha estat seleccionada i reconeguda per més participants és la disposició del Servei d'Orientació i Coaching (SOC) a l'estudiantat i les persones treballadores per abordar problemes relacionats amb l'estabilitat emocional, el rendiment acadèmic o laboral, o la convivència. Aquest servei, que és gratuït, inclou un màxim de 3 hores d'atenció per curs i per persona a repartir segons el que es convingui entre el servei i l'usuari i serveix com a recurs facilitador per tractar de manera efectiva problemes relacionats amb la salut mental.

Un dels altres grans aspectes relacionats amb la salut que resulta d'especial interès per a la comunitat, la promoció de l'activitat física, és intervingut a nivell institucional mitjançant l'establiment de col·laboracions amb el centre esportiu de la parròquia de Sant Julià de Lòria per oferir els serveis de gimnàs a cost reduït, i la celebració un cop l'any d'activitats col·lectives com ara la gimcana universitària o tornejos de diferents esports. Analitzant de manera conjunta les percepcions dels membres enquestats relacionada amb la prospecció d'accions per promocionar la salut i el seu grau de satisfacció amb les

mateixes, la majoria d'activitats identificades pels participants estan orientades a la difusió d'aspectes relacionats amb la salut mental i l'activitat física i són de naturalesa circumstancial. És a dir, la temporalitat de les propostes està circumscrita a un moment determinat amb un límit clarament definit.

La Taula 28 conté exemples concrets d'accions per promocionar la salut dissenyades a la UdA.

Taula 28

Exemples concrets d'accions per promocionar la salut

Tema	Acció
Salut mental	Servei de psicologia
Activitat física	Descomptes en el servei de gimnàs
Activitat física	Gimcana universitària
Activitat física	Rètols informatius per fomentar la mobilitat física
Activitat física	Tornejos esportius
Salut laboral	Xerrades sobre salut laboral
Salut mental	El Servei d'Acompanyament a l'Estudiant i al Personal (SAEP)

Nota. Elaboració pròpia.

Participació accions de promoció de la salut

A la pregunta “Ha participat d'alguna de les accions efectuades per la seva universitat per promocionar la salut”, el 66.90% dels participants enquestats han respòs negativament. A la recerca explicativa d'una resposta al motiu de l'absència de participació en activitats institucionals relacionades amb la promoció de la salut, la majoria de subjectes atribueixen a l'absència d'implicació disposar de poc temps (n=65.11%). Amb la finalitat d'aprofundir en la indagació de les respostes, únicament els apareixia la pregunta a aquells participants que prèviament havien respòs negativament a l'ítem UPS 7.

Els resultats obtinguts en la variable UPS 9 concorden amb les dades enregistrades en la variable sociodemogràfica “compagina els estudis amb alguna activitat laboral”, en la que el 57.3% de l'estudiantat a la Universitat d'Andorra compagina els estudis amb una responsabilitat laboral externa a la institució. De manera més específica, de la fracció de l'alumnat que treballa en el seu dia a dia gairebé la meitat desenvolupa les seves tasques a temps complet, essent la jornada laboral a temps parcial la segona opció més freqüent.

Totes les dades obtingudes relacionades amb les freqüències i els percentatges d'aquesta variable queden representades en la Taula 29.

Taula 29

Freqüències de la variable “compagina els estudis amb alguna activitat laboral”

Tipus de jornada	Compagina els estudis	Freqüències	% del total	% acumulat
Jornada completa	Sí	26	47.3%	47.3%
	No	0	0.0%	47.3%
Jornada parcial	Sí	13	23.6%	70.9%
	No	0	0.0%	70.9%
Caps de setmana	Sí	12	21.8%	92.7%
	No	0	0.0%	92.7%
Festius	Sí	4	7.3%	100.0%
	No	0	0.0%	100.0%

Nota. Elaboració pròpia.

En el cas dels subjectes que respongueren favorablement a la variable UPS 7, gairebé la meitat dels enquestats manifesten haver assistit en una ocasió (n=23) a alguna activitat organitzada des de la universitat per promocionar la salut. Al seu torn, el 38.29% dels subjectes enquestats, estudiantat i personal PAS i PDI, refereixen haver participat entre 1 i 3 vegades, essent el col·lectiu minoritari el que a pres part d'alguna de les accions de manera regular (n=6).

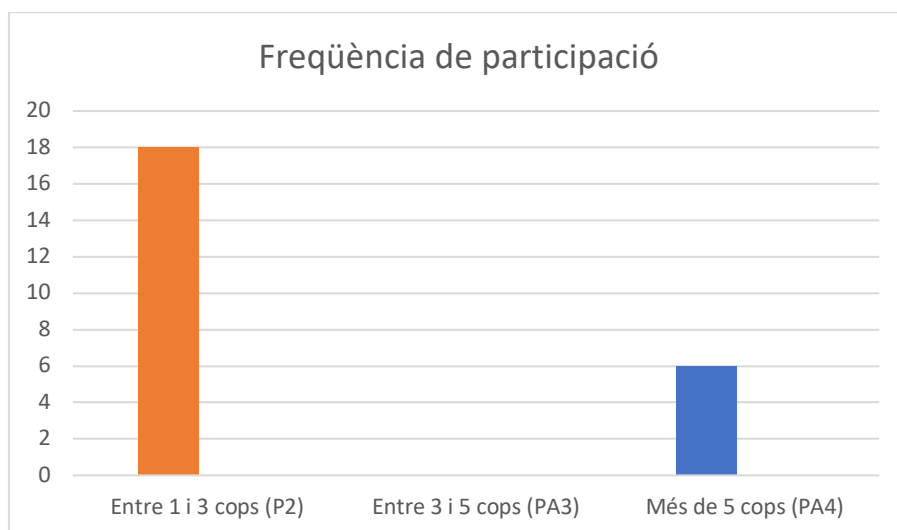
A través de la prova de chi-quadrat s'ha analitzat la relació entre el grau de participació en accions de promoció de la salut i el curs dels estudis universitaris. Les dades reportades de l'anàlisi revela una relació estadísticament significativa entre ambdues variables. Anàlogament, s'han reportat resultats similars al confrontar el rol a la universitat del personal docent i associat amb la participació en activitats en salut:

$$\text{CURS x UPS 7. } \chi^2 = 32.2; \text{ gl} = 1; p = <.001$$

$$\text{ROL x UPS 7. } \chi^2 = 10.4; \text{ gl} = 1; p = <.001$$

Figura 19

Freqüència de participació en activitats de Promoció de la Salut



Nota. Elaboració pròpia.

En la darrera variable d'aquesta agrupació, UPS 10, cal destacar el mateix efecte que en les respostes advertides en l'ítem UPS4, "temes de salut que més els preocupen". Seguint el mateix procediment d'interpel·lació que en el cas anterior, en aquesta ocasió s'ha formulat la pregunta de manera oberta. El plantejament suggerit ens ha permès aprofundir en la identificació de les percepcions dels participants en relació a les accions per promoció de la salut que serien del seu interès. Congruentment amb les observacions prèviament distingides en els temes de salut que més els preocupen, els membres enquestats posen especial èmfasi en el disseny de xerrades i tallers per fomentar l'activitat física i la salut mental. Activitats concretes com la pràctica del *mindfulness* o l'organització d'equips esportius són alguns exemples de les propostes enregistrades. En el cas de voler realitzar una lectura més acurada de les propostes esgrimides pels participants, el lector pot dirigir-se a la Taula 40 ubicada a l'Annex XI d'aquest treball.

Factors restrictius relacionats amb la promoció de la salut

En la darrera part del qüestionari, un cop analitzades les percepcions concurrents dels diferents subjectes enquestats que formen part de la comunitat universitària, ens interessa indagar en aspectes circumdants a la promoció de la salut més vinculats a qüestions organitzatives. A l'inici de l'apartat 4.3.3. dedicat a l'anàlisi del coneixement sobre el Moviment d'Universitats Promotores de la Salut hem pogut constatar una desconexió

àmpliament estesa respecte a les característiques del concepte. Aquest fet, del qual hem podíem pressuposar la seva existència, s'ha vist ratificat a posteriori mitjançant la identificació dels temes de salut i les accions que els mateixos subjectes perceben com a importants i les activitats que des de la pròpia institució s'organitzen.

Un cop realitzada aquesta apreciació preliminar, i continuant amb la estructura de l'instrument, és el moment de presentar, de manera breu i descriptiva, els resultats més rellevants dels ítems UPS 11 a UPS 14. La inclusió d'aquests elements de marcat caràcter filosòfic-conceptual en l'enquesta respon a la necessitat observada en la literatura de penetrar en la comprensió dels aspectes estructurals del concepte per bastir, en visió de prospectiva, un escrutini minuciós i integrat dels diferents components del concepte. D'aquesta manera, veiem com la caracterització del terme UPS és acceptada en el context particular de la Universitat d'Andorra i ens possibilita obrir vies de connexió futures.

En primer lloc, tal i com queda representat en la Taula 30, al preguntar sobre els agents universitaris que haurien d'assumir la responsabilitat de gestionar i implementar la promoció de la salut a la universitat, la majoria dels participants ($n= 55.6\%$) coincideixen en atribuir aquest càrrec administratiu a professionals de l'àmbit de la salut. Aquesta percepció generalitzada, encara que de manera hipotètica, podria relacionar-se amb les dades reportades en els ítems UPS 6 i UPS 9, en els que la tipologia de les intervencions proposades per millorar el benestar estan estretament vinculades amb aspectes de naturalesa mèdica. En segona posició, suposant un percentatge de resposta del 37.6% els caps de departament dels diferents estudis universitaris són assenyalats com agents potencials per assumir el compromís de l'operativització de la promoció de la salut.

Taula 30

Freqüència de resposta dels agents que haurien d'assumir la responsabilitat de la promoció de la salut

Càrrec	Freqüència	% del Total	% Acumulat
Caps de departament	50	37.6%	37.6%
Professionals de l'àmbit de la salut	74	55.6%	93.2%
Professorat associat o col·laborador	5	3.8%	97.0%
Personal de gestió i serveis	4	3.0%	100.0%

Nota. Elaboració pròpia.

A l'hora de detectar aquells factors que es podrien considerar restrictius o simplement limitacions per incloure la promoció de la salut en l'estructura de la universitat, l'anàlisi de les respostes a l'enquesta revela la presència de dues grans categories. Per una banda, hi ha aquells factors englobats com a principals, els quals emmarquen els recursos econòmics, els recursos humans, la infraestructura, les dificultats de gestió i la falta d'interès i de compromís per part de la universitat. Paral·lelament a aquestes dimensions, els enquestats coincideixen de manera homogènia en la presència de tres altres elements els quals engloben el context social i polític de la universitat i el valor assignat a la promoció de la salut.

A continuació es presenta de manera succinta una descripció de cada un dels factors identificats acompanyat del *verbatim* pronunciat pels participants que caracteritza l'explicació donada:

Recursos econòmics

Disposar d'un pressupost econòmic independent i amb autonomia de gestió és identificat pels participants com un factor facilitador. Al seu temps, els membres enquestats coincideixen que en el cas particular de la UdA, la manca de recursos monetaris per destinar-los a la iniciativa de la promoció de la salut és un dels factors principals que limiten la capacitat de la institució de dissenyar i implementar accions que maximitzin i

promoguïn la millora del benestar i l'estat de salut dels diferents membres de la comunitat:

“És primordial que la universitat vegi la necessitat d'invertir diners en la promoció de la salut; cal un suport econòmic sòlid per poder desenvolupar propostes potents en aquesta àrea de la salut”.

Recursos humans

Disposar dins de l'organigrama de la universitat de recursos humans que puguïn ésser identificat pels participants com un element indispensable per garantir l'èxit de la iniciativa d'UPS. Contràriament, la manca de personal docent i de serveis i la sobrecàrrega de responsabilitats laborals dels diferents rols universitaris són factors que dificulten i limiten la motivació i la predisposició de treballar a favor de pràctiques extra-curriculars com la promoció de la salut.

“El personal actual assumeix moltes tasques que no li pertocuen i assumir-ne més podria fer que el projecte no arrelés correctament; La falta de personal limita, el que la universitat pot arribar a fer. Al seu torn, cal incorporar professionals especialitzats i crear una comissió o departament específic que s'encarregui de les funcions de la promoció de la salut”.

Falta d'interès

D'acord amb les respostes proporcionades pels subjectes enquestats, la manifestació explícita de la voluntat política de la institució possibilita la inclusió de la promoció de la salut en les estructures de la universitat. Nogensmenys, els participants reconeixen que en el cas concret de la UdA hi manca una estructura de gestió i coordinació pròpia que s'encarregui dels afers de la promoció de la salut. L'establiment d'una estructura estable és un factor clau per garantir l'èxit del compromís institucional. Per exemple:

“Hi ha molts estudiants que no tenen interès per la promoció de la salut. O potser desconeixement. Cal crear una comissió o departament que s'encarregui de fer promoció de la mateixa de manera permanent”.

Infraestructures

Disposar d'unes condicions òptimes de les estructures i els espais físics de la universitat és reconegut pels participants com un factor vinculat amb l'èxit de la promoció de la salut. Pel contrari, la manca de recursos físics pot ser percebut com un element discordant en la implementació de les polítiques a favor de la promoció de la salut.

“La dimensió de la Universitat és un factor limitant. Per exemple la Universitat d'Andorra no disposem de zones pròpies per practicar esport, ni un campus, ni zones de trobada comunitària”.

Dificultats de gestió

Sincrònicament relacionat amb la mancança d'una política universitària saludable els participants defineixen a les dificultats de gestió de la iniciativa com un factor discordant de la mateixa. Vinculat amb la hipotètica falta d'interès per part dels membres responsables de dissenyar els plans de treball intersectorials dins de l'organització, a la pràctica s'hi ha de reconèixer les mancances atribuïdes a la falta de recursos econòmics i la poca contractació de personal:

“En el nostre centre, hi ha matriculats molts alumnes i el dia a dia, amb la docència i la càrrega administrativa associada (resultats d'aprenentatge, innovació educativa) no deixa molt marge de temps”.

D'acord amb les respostes obertes mencionades pels participants en l'enquesta, existeixen altres factors que podrien dificultar la implementació d'una iniciativa institucional de promoció de la salut, com ara el context polític i social i el valor assignat a la promoció de la salut a nivell global d'organització. La Taula 31 recull un compendi de factors que influeixen en la implementació d'un projecte d'Universitat Promotora de la Salut.

El context polític i social idiosincràtic de la Universitat d'Andorra podria tenir un impacte en la presa de decisions i el suport polític a favor de l'establiment d'unes directrius favorables a la implementació d'una iniciativa d'Universitat Promotora de la Salut. Així mateix, la coordinació amb agències externes a nivell local a la pròpia organització, com

per exemple amb el comú de la parròquia de Sant Julià de Lòria, és considerat un factor facilitador del compromís polític dels responsables de la pròpia universitat. De manera contrària, la falta d'un òrgan de gestió i coordinació propi dins de l'estructura de l'organització pot esdevenir un impediment als interessos de la promoció de la salut. La importància o el valor atribuït per les autoritats a la promoció de la salut pot ser un altre factor que intervingui en el recolzament favorable a la implementació d'una iniciativa local d'UPS; la motivació, la visió institucional i el significat que té la salut per a les persones que coordinen aquesta tipologia d'iniciatives són multi-components que impacten en la resta de sistemes i estructures de la universitat en el seu conjunt.

Taula 31

Factors que influeixen en la implementació de la UPS

Tipus	Factor	Definició
Factor principal	Recursos econòmics	L'existència de qualsevol ingrés econòmic destinat a l'elaboració d'accions i mesures de promoció de la salut.
	Recursos humans	L'existència de professionals i de recursos dedicats al disseny, millora i gestió d'accions relacionades amb la iniciativa.
	Infraestructura	Conjunt de les instal·lacions, els serveis i els mitjans tècnics de la universitat que dificulten la implementació de la iniciativa.
	Dificultats de gestió	Qualsevol factor relacionat amb les tasques administratives dels agents universitaris que pot dificultar el tractament de la promoció de la salut.
	Falta d'interès de la universitat	Sentiment de la universitat que dificulta la inclusió de la promoció de la salut.
Altres factors	Context polític	Qualsevol reconeixement, implícit o explícit, mostrat per part de les autoritats universitàries de fomentar la iniciativa de promoció de la salut.
	Context social	Qualsevol factor associat al context social de la universitat que pot afectar la inclusió de la promoció de la salut.

Valor assignat a la promoció de la salut	Conjunt de percepcions, individuals o institucionals, sobre la importància de la iniciativa que afecten el tractament de la mateixa.

Nota. Elaboració pròpia.

Importància de les accions de promoció de la salut

Finalment, en el darrer apartat de l'enquesta s'ha preguntat als diferents participants a l'estudi per les seves percepcions en relació a la importància atorgada a la promoció de la salut de diferents temes com ara la salut mental, la salut laboral, l'alimentació, l'activitat física, el consum d'alcohol i la salut sexual. La selecció de la temàtica definida a priori pretén un doble objectiu. En primer lloc, i relacionat amb l'evidència empírica realitzada en aquest context social, la selecció dels sis tòpics esmentats respon a una necessitat actual. És a dir, nombroses investigacions com la realitzada per Puente-Hidalgo et al. (2024) ressalten l'impacte de les pràctiques relacionades amb els hàbits de salut del col·lectiu estudiantil i dels treballadors i les treballadores universitaris sobre l'estat de salut mental i física. En segon lloc, i de manera complementària amb l'argument anterior, la disposició per endavant de les opcions de contestació facilita la comprensió de l'enunciat i per tant, impacta en el grau de concreció de les respostes atorgades.

Analitzant els resultats que apareixen en la Taula 32, cal destacar en primer lloc que la mitjana de resposta a l'ítem "Importància en temes de salut" per part dels dos col·lectius és bastant similar. De manera coincident amb les dades obtingudes en el reactiu UPS 4 "temes de salut que més el preocupen", el foment d'accions de promoció de la salut en les temàtiques vinculades a l'alimentació i l'activitat física són dues de les dimensions que major importància tenen per a l'estudiantat. Contràriament, el consum d'alcohol i la salut laboral reben menys atenció per part d'aquest subgrup universitari.

De manera particular, el conjunt de persones treballadores enquestades prioritzen la importància d'activitats relacionades amb el constructe de la salut laboral, respecte altres continguts com la consum d'alcohol o la salut sexual. No obstant les possibles diferències enregistrades per àmbit d'actuació, la variància de les respostes analitzades indiquen una tendència a valorar positivament la necessitat d'intervenir sobre les cinc àrees preguntades.

Un altre fet a destacar són les diferències en la mitjana d'algun dels temes de salut que no són apreciats com importants però tampoc són menystinguts per part dels dos col·lectius enquestats, com és el cas del consum d'alcohol i la salut sexual.

Taula 32

Anàlisi descriptius de la variable “Importància en temes de salut”

	A.F		AL		C.A		S.S		S.L		H.E	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Estudiant	4.28	0.992	4.39	0.88	2.97	1.47	3.84	1.13	3.67	0.88	4.00	0.99
Treballador/a	4.22	1	4.46	0.69	3.16	1.26	3.54	1.10	4.95	0.32	4.53	0.73

Nota. Activitat Física (A.F); Alimentació (AL); Consum d’Alcohol (C.A); Salut Sexual (S.S); Salut Laboral (S.L); Hàbits d’estudi (H.E).

Elaboració pròpia.

A l’examinar les diferències entre “la relació amb la universitat” i “la importància de la promoció dels hàbits d’estudi” la prova de khi-quadrat efectuada mostra una relació estadísticament significativa entre la comunitat estudiantil i les persones treballadores i les respostes atorgades a aquest darrer ítem ($\chi^2 = 134$; gl= 4; $p < .001$). Així mateix, els resultats de la prova de Kruskal Wallis mostren diferències estadísticament significatives entre la variable “relació amb la universitat” i “Salut laboral” ($\chi^2 = 137$; gl= 4; $p < .001$). De l’anàlisi de la Taula 33 en la qual es contrasten les percepcions sobre la importància d’incloure accions de promoció de la salut en diferents etapes del cicle universitari estratificades per cursos formatius, en destaca les diferències estadísticament significatives entre la rellevància de fomentar la promoció de la salut en els estudis de doctorat i durant el primer any universitari. Per contra, no s’aprecien diferències rellevants en la mitjana de les percepcions sobre la importància de la promoció de la salut durant els estudis de bàtxelor o de màster en cap dels quatre àmbits escodrinyats.

Taula 33*Comparació de la importància de la promoció de la salut per àmbit d'estudi*

	Infermeria		p	Ciències de l'educació		p	Informàtica		p	ADE		p
	X	SD		X	SD		X	SD		X	SD	
PS 1 any	4.41	0.92	0.068	4.82	0.39		4.83	0.51		4	1.73	
PS	4.20	0.81		4.55	0.50	0.256	4.44	0.51		4	1	
Bàtxelor												
PS	3.83	1.05		4	1.37		4.44	0.70	0.126	3.33	1.15	
Màster												
PS	3.66	1.35		4.61	0.65		4.06	0.99		5	0	0.002
Doctorat												

Nota. X (mitjana); SD (Desviació estàndard).

Elaboració pròpia.

Síntesi

A partir de les dades enregistrades i tractades en aquest apartat hem pogut identificar quines són les percepcions que manifesten diferents col·lectius universitaris respecte a la inclusió d'accions de promoció de la salut, així com de les temàtiques relacionades amb la salut que més els preocupen a l'estudiantat i als treballadors i treballadores de la Universitat d'Andorra. Com hem destacat prèviament en aquest apartat, amb l'objectiu de facilitar la comprensió de les preguntes alguns dels ítems proposats es presentaven de manera tancada, és a dir, amb categories de resposta predeterminades i extretes directament de l'evidència empírica mostrada en la literatura científica.

En primer lloc, cal destacar el benestar psicològic i l'activitat física com dues de les temàtiques que major interès i preocupació generen entre els diferents subgrups de la comunitat universitària. Per altra banda, les relacions detectades entre la preocupació i el grau de participació en activitats concretes elaborades a la UdA coincideixen amb alguns dels arguments enregistrats com a factors restrictius desenvolupats en la Taula 31. De manera similar amb el grau de satisfacció de les accions proposades per la institució, en

destaca la mancança d'una idea conjunta del terme UPS. Mentre que alguns participants associen la conceptualització del constructe d'Universitat Promotora de la Salut al disseny d'accions concretes, la majoria de subjectes enquestats reconeixen explícitament projectar de quina manera la promoció de la salut es pot adherir a les funcions de la universitat.

Així doncs, tant l'estudiantat com les persones treballadores reconeixen quines són les circumstàncies actuals de la promoció de la salut a la seva universitat i reivindiquen la necessitat de fomentar la inserció d'una agenda institucional compromesa amb el tractament de la salut i el benestar de tota la comunitat.

Per la seva banda, al preguntat sobre les estratègies de millora per articular el marc conceptuals de la UPS en l'estructura de la UdA, els subjectes enquestats coincideixen en la seva majoria en assenyalar als professionals de l'àmbit de la salut com els responsables de gestió i promoció de l'estratègia salubrista. Alhora, els participants enuncien un conjunt de factors disruptius sobre els quals intervenir per prosperar en la recerca d'intervencions que fomentin un estat de salut i de benestar òptims, com per exemple limitacions d'infraestructura i recursos econòmics.

Finalment, hem de destacar l'efecte comentat al principi d'aquest apartat, i que, per a nosaltres, esdevé una troballa significativa d'aquest estudi. De manera coincident amb algunes reflexions conceptuals compartides en el marc teòric, el constructe d'UPS i la promoció de la salut adquireixen formes i significats diferents dins del teixit social de la pròpia universitat. En aquest sentit, la manera en com ambdós constructes son percebuts en termes de rellevància i responsabilitat institucional incideix directament en el compromís de que la universitat adopta vers la millora i el manteniment de la mateixa però també en la qualitat i l'impacte de la proposta educativa. Dins de la dicotomia destriada entre "coneixement" i "acció" mitjançant la instrumentalització de les percepcions, el producte resultant ratifica la voluntat i la necessitat assenyalada pels propis col·lectius universitaris de fomentar i participar de manera persistent en un pla conjunt que preservi i fomenti el benestar de la col·lectivitat.

4.3.3.4. El concepte d'actius en salut

El substrat intrínsecament positiu de l'aproximació vinculada a les proposicions generals de l'estratègia d'UPS redefineix la funció de la universitat en matèria de prevenció de la malaltia i promoció de la salut. Des d'aquesta perspectiva positiva, es reconeix que totes les persones, així com els espais públics i els contextos geogràfics, disposen d'un conjunt de recursos que poden impactar de manera saludable en el benestar de les persones. Si la teoria salutogènica proposada per Antonovsky (Rivera de los Santos et al., 2011) posa el focus d'atenció en les capacitats dels individus i els recursos de l'ambient, els actius en salut refereixen de manera particular als factors que milloren les habilitats de les persones, grups, comunitats o institucions per mantenir i sostenir un estat òptim de salut i de benestar (Morgan i Ziglio, 2007).

En aquest sentit, la realització d'un inventari dels actius per a la salut identificats en el context de la Universitat d'Andorra permetria el desenvolupament de mapes concrets dels actius que caracteritzen les fortaleces d'aquesta comunitat particular (Cofiño et al., 2016). Si en la primera part del qüestionari ens hem interessat per analitzar les percepcions dels diferents col·lectius que integren la comunitat universitària en relació a nocions individuals i prescriptives, ens interessa també conèixer quins creuen els subjectes que són els recursos disponibles a la universitat que podrien tenir un impacte beneficiós en el seu estat de benestar. Dit utilitzant altres termes, amb la inclusió de dos ítems sobre actius en salut en forma oberta pretenem perfilar un mapa dels recursos idiosincràtics de la UdA que orientin i facilitin als responsables el disseny d'accions de promoció de la salut més alineats amb les percepcions dels membres que la freqüenten.

Si bé en un primer moment es preguntava al subjecte de forma oberta quins són els elements de la seva universitat que generen benestar, després de la prova pilota vàrem considerar que la pregunta comportava una especial dificultat com per realitzar-se en una enquesta electrònica. A tal efecte, i respectant els possibles biaixos de contaminació que poguessin orientar una resposta específica, en la versió definitiva de l'instrument vàrem decidir especificar entre parèntesis les connotacions als que refereixen els actius (físic, social, cultural, etc).

Per tal de facilitar l'organització i l'anàlisi de les respostes obtingudes en aquest apartat, s'ha procedit a estructurar la informació a partir de les categories conceptuals en una doble via. En primer lloc, s'han analitzat els actius identificats pels participants prenen

com a marc de referència la proposta de Kretzmann i McKnight (1993). Tot seguit, després de classificar els recursos en cada una de les categories establertes a priori, s'han afegit els actius en categories elaborades *ad hoc*. Amb tot s'ha elaborat un mapa dels actius assenyalats pels subjectes presents a la UdA.

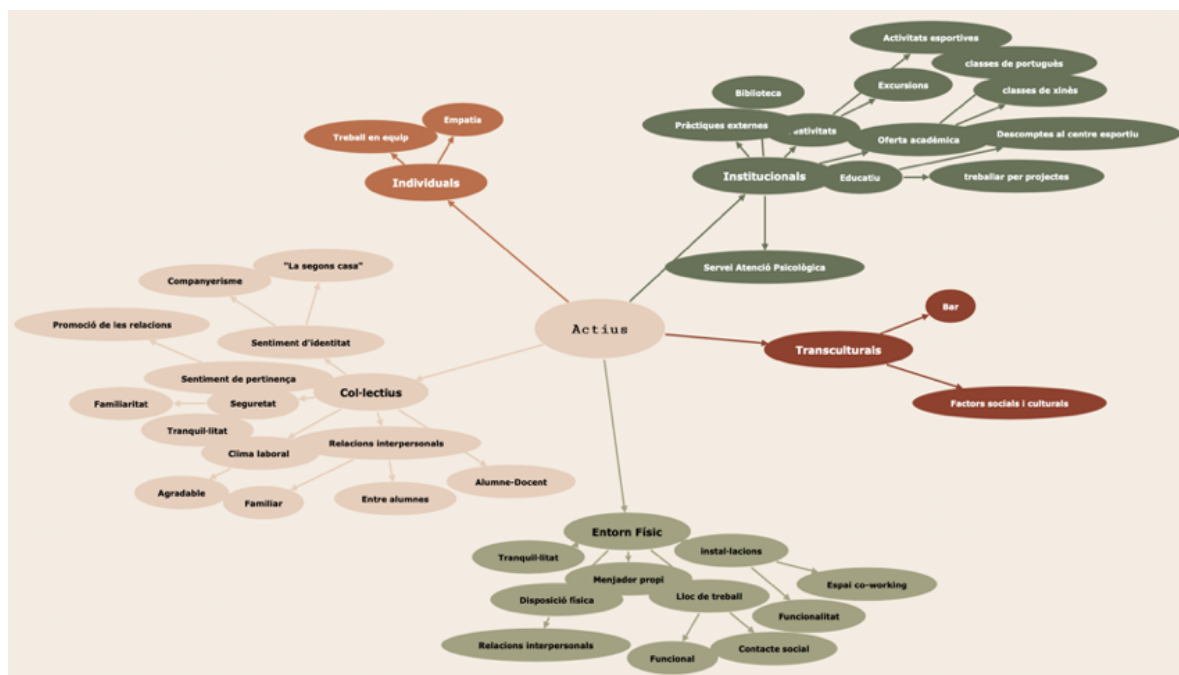
A continuació es presenta una breu descripció de cada una de les categories utilitzades.

- Actius individuals: fa referència a les persones, els coneixements, les habilitats, entre d'altres.
- Actius col·lectius: són els recursos, les habilitats i els coneixements que proporcionen els col·lectius. Dins d'aquesta categoria s'inclouen les organitzacions, les associacions i les agrupacions pròpies de la comunitat.
- Actius institucionals: són les institucions, les organitzacions i les empreses externes a la comunitat que tenen algun tipus de connexió amb la mateixa. També inclou els recursos i els projectes desenvolupats per les pròpies institucions.
- Actius del context físic: són els principals espais de la comunitat, la seva utilitat i el vincle que generen els individus amb els mateixos.

El mapeig dels actius a la UdA ha permès reconèixer als propis subjectes participants les habilitats, els recursos, els espais físics, etc. que han afavorit la construcció participativa d'un mapa de les fortaleeses característiques d'aquesta institució. En total, s'han identificat 1 actiu individual, 13 actius col·lectius, 8 actius institucionals, 7 actius de l'entorn físic i 2 actius que hem anomenat transculturals. La Figura 20 representa el Mapa d'actius de la Universitat d'Andorra.

Figura 20

Mapa d'actius en salut



Nota. Elaboració pròpia.

Atenent a la gran quantitat d'actius enumerats, la presentació dels mateixos es realitzarà de manera ordenada seguint les categories de catalogació preestablertes. D'acord amb l'anàlisi per categories, els participants a l'estudi han identificat un total de 30 actius característics de la UdA classificats a posteriori en sis categories complementàries. A nivell individual, respectant la definició explícita d'aquesta categoria del conjunt de respostes treballades solament s'ha associat un actiu; "l'empatia i el treball en equip". Malgrat aquesta etiqueta pugui semblar escassa, en un anàlisi integrador de totes les aportacions en conjunt amb les diferències categories d'anàlisi els alumnes destaquen els valors i la solidaritat que es fomenta des de la pròpia universitat. A nivell de relacions interpersonals, també s'identifiquen com actius el tracte cordial entre els diferents agents universitaris, en especial la diada alumne-docent, que fomenten la cohesió i el sentiment de pertinença a la institució. Alguns docents han estat reconeguts per l'estudiantat com persones "amb ganes d'ensenyar" respectades per la seva "implicació amb la comunitat". Respecte als actius col·lectius, els diferents participants reconeixen com un actiu important "el ser una universitat petita, familiar", i molts d'ells la perceben com "la seva segona casa". Referenciant de manera directa una resposta d'un dels participants a la pregunta: "la Universitat d'Andorra és com la meva segona casa, però aquí puc trobar

les meves amistats”. Aquesta percepció de familiaritat tant amb l’espai físic com amb la resta d’integrants de la institució ha estat expressada de manera conjunta amb el “sentiment d’identitat”. De manera complementària amb els actius integrals que fomenten l’adhesió a la UdA, la companyonia entre agents i la reciprocitat i transparència en les relacions interpersonals són actius que impacten positivament en el manteniment de l’estat de salut i de benestar com en la construcció d’un espai de treball “agradable i familiar”.

Per la seva banda, el col·lectiu de les persones treballadores ha destacat positivament l’estructura de la universitat per mitjà de la identificació “de bones condicions de treball” i “un clima laboral tranquil i agradable”. Endemés dels factors socials que incideixen en l’eficàcia laboral, la pròpia organització en mida i forma de la institució ha estat reconeguda com un actiu que afavoreix un ambient òptim per al desenvolupament personal i la integració: “*La proximitat amb el professorat: foment del vincle pedagògic expert-alumne*”, “*L’accessibilitat al professorat: facilitat per accedir al personal docent i el personal no acadèmic fora de les aules*”. Endemés, s’emfatitzen aquelles pràctiques culturals i esportives promogudes des de la pròpia universitat per fomentar la inserció del alumnes a la vida pública universitària i l’intercanvi d’interessos mitjançant “*la inclusió dels estudiants al sistema*”.

En quant als actius institucionals, aquests es poden escindir en dues etiquetes diferenciades. Per una banda, la universitat mitjançant ofereix a tots els membres de la comunitat la possibilitat de participar i utilitzar diferents serveis, tals com el “*servei d’atenció psicològica*”, el “*servei de la biblioteca*” o “*les classes de xinès i portuguès*”. Així mateix, el contracte amb organitzacions públiques externes com el centre esportiu de la parròquia de Sant Julià de Lòria han contribuït a la promoció de l’activitat física entre l’estudiantat. Per altra banda, la possibilitat de realitzar les pràctiques externes en organitzacions no governamentals del país, com per exemple residències geriàtriques o empreses tecnològiques, han contribuït al procés de creixement personal i professional de la comunitat en el seu conjunt.

Pel que fa als actius físics identificats propis de la UdA, aquests s’han considerat com “*instal·lacions de treball funcionals*”, que fomenten la interacció entre agents caracteritzades per “*la tranquil·litat*” i “*les dimensions pro-socials de l’aula*”. La disponibilitat de gaudir d’espais físics propis com “*el menjador per a estudiants*” o “*la*

sala de cotreball”, es consideren elements intangibles per a alguns dels participants al “*fomentar el bon rotllo en general entre tots els companys*”. La pròpia estructura de la institució es pot considerar un element del macrosistema que possibilita la construcció, l’atribució de significats i l’apropiació de diferents espais que contribueixen al modelatge d’un sentiment de pertinença i benestar particulars.

En darrera instància, després d’organitzar i examinar la llista de les diferents contribucions, hem considerat oportú per al cas definir una cinquena categoria anomenada actius transculturals que agrupa dos components que incideixen en el manteniment de l’estat de benestar i que no són directament classificables en les categories originals. De fet, els dos actius referits “*el bar de la plaça*” i “*l’ambient social i cultural de la universitat*”, podrien considerar-se com a sub-components dels actius institucionals car guarden sinèrgies amb la definició operativa. No obstant això, i a efectes purament idiogràfics d’aquesta recerca, hem considerat els actius transculturals com aquells recursos, habilitats, elements propis de la cultura i les organitzacions que tenen un vincle no explícit amb la universitat però que la seva incidència, directa o indirectament, repercuteix favorablement al manteniment i la sostenibilitat de l’estat de salut i de benestar.

La Taula 34 recull diferents iniciatives prospectives per millorar el benestar i l’estat de salut de la comunitat universitària extretes de l’anàlisi del contingut de les respostes obtingudes en l’enquesta. Els dos ítems relacionats amb els actius per a la salut inclosos en el qüestionari s’han treballat des de la perspectiva positiva.

Taula 34

Propostes d’acció per promoure la salut derivades del mapeig d’actius

Tema	Proposta	Actius
Béns i Serveis	Negociar descomptes en diferents serveis públics amb el carnet d’estudiant de la UdA	Actius Institucionals
Accés als serveis esportius	Establir col·laboracions amb associacions esportives comunals perquè l’estudiantat i els treballadors/es puguin accedir als serveis exempt de cost o a un preu reduït	Actius Institucionals

Activitats lúdiques	Realitzar activitats conjuntes a l'aire lliure	Actius Institucionals
Salut comunitària	Fomentar mitjançant la recerca l'estat de salut dels membres de la comunitat universitària	Actius Institucionals
Disseny d'activitats	Dissenyar un cicle de xerrades i activitats participatives en els que es treballin diferents temes relacionats amb la salut	Actius col·lectius
Dificultat per complir amb l'entrega de les activitats	Re-organitzar els períodes d'entrega de les activitats acadèmiques	Actius institucionals
Serveis institucionals	Promocionar de manera més directa els diferents serveis dels quals disposa la universitat	Actius col·lectius
Salut laboral	Visualitzar la importància de la salut laboral a través de la creació de grups de treball interdisciplinaris	Actius col·lectius
Estil de vida	Dissenyar un pla d'hàbits saludables	Actius Institucionals
Col·laboracions	Establir més col·laboracions amb organitzacions externes, com per exemple amb la Creu Roja Andorrana	Actius Institucionals
Comunicació i Divulgació	Millorar la comunicació interna i externa de les activitats que es desenvolupen a la universitat	Actius col·lectius
Hàbits alimentaris	Dissenyar accions institucionals per fomentar una alimentació saludable	Actius col·lectius

Nota. Elaboració pròpia.

Síntesi

El context de la Universitat d'Andorra representa un espai físic, social, cultural, econòmic i educatiu particular. Amb la identificació dels actius o recursos en salut comentats en aquest apartat per part dels participants a l'estudi s'ha pogut constatar el paper fonamental d'incloure una perspectiva positiva en l'abordatge conceptual i metodològic de les vicissituds d'aquest espai social. En aquest cas, com a eix vertebrador de les activitats acadèmiques a nivell d'estudis superiors al Principat d'Andorra, el reconeixement de les capacitats i el potencial de la UdA esdevé una activitat revolucionària a la par que indispensable. Més enllà de la pràctica pedagògica quotidiana que es desenvolupa a la

institució, els propis membres de la comunitat han identificat des de dins un conjunt d'actius que són percebuts com recursos amb una càrrega positiva en termes de salut i de benestar. A part de les característiques de les instal·lacions de treball de la pròpia organització, factors físics com la distribució i les dimensions de les aules, la proximitat de la universitat amb el nucli urbà extern o la separació d'espais físics específics per a l'estudiantat, han resultat artefactes disposicionals a nivell institucional amb una forta influència sobre elements secundaris que al seu torn han esdevingut actius personals i col·lectius més amplis com la camaraderia, la creació d'un sentiment de pertinença al lloc o la integració del col·lectiu estudiantil en l'estructura de l'organització.

Encara que en un nivell descriptiu, i malgrat la creació d'un aparent vincle dels individus amb la universitat, diversos dispositius que podrien considerar-se actius han estat assenyalats com factors que requereixen de major atenció per part dels responsables en vista de millorar el benestar de la comunitat. De manera particular, l'estudiantat destaca la creació d'aliances de la universitat amb organitzacions externes que els permetin gaudir de beneficis en comerços i serveis esportius. Mentre que des del col·lectiu de les persones treballadores es posa l'èmfasi en la creació de plans de salut a nivell institucional. Conjuntament a ambdós prismes, la comunicació i la difusió de les accions, tant interna com cap a l'exterior, es considera primordial per garantir la cobertura i fomentar la participació de tots els membres de la UdA.

4.4. Anàlisi qualitativa

4.4.1. Resultats de l'entrevista

La presentació de la informació obtinguda en aquesta fase de la recerca seguirà el següent ordre. En primer lloc presentarem una descripció general de les característiques que defineixen als participants que varen acceptar ser entrevistats. Posteriorment, analitzarem els continguts de cadascuna de les deu categories definides a priori i plantejades als subjectes durant la sessió. Aquesta anàlisi, es focalitza en la identificació d'elements discursius comuns entre els diferents responsables adherits a l'estudi, així com les connexions a nivell conceptual que poden inferir-se entre els elements verbalitzats i les dimensions teòriques. Tota la informació qualitativa s'ha analitzat utilitzant el programa Atlas.ti.24.

Característiques dels participants

En termes estrictes, l'elecció dels participants per a la realització de les entrevistes pot arribar a ser considerada com *anònima*. És a dir, respectant la composició institucional de la XVU, vàrem contactar i difondre a títol informatiu l'objectiu de ser del present treball de tesi a totes les universitats de la xarxa, sense considerar la presència *stricto sensu* d'un programa d'universitat promotora de la salut a la pròpia institució. Des de les pròpies agrupacions, les institucions interessades en adherir-se a l'estudi van contactar i proposar directament el participant encarregat de mostrar les seves percepcions a través de l'exercici dialèctic.

Totes les entrevistes es varen realitzar telemàticament a través de videoconferència pel propi investigador, i varen tenir una durada estimada d'entre 45 a 90 minuts. Les entrevistes es varen realitzar en llengua catalana o castellana, segons preferència de la part entrevistada (veure taula x), i les condicions de participació i enregistrament de la recollida de la informació va ser acceptat mitjançant la signatura personal del consentiment informat previ a l'inici de l'entreviu. Si bé la recollida de la informació telemàticament podria presentar alguns impediments, com per exemple la incapacitat de reconèixer la informació no verbal per part de l'entrevistador (Sturges i Hanrahan, 2004), la configuració d'un guió semiestructurat s'ha concebut com un mitjà per reduir els biaixos associats a la distància i maximitzar els beneficis associats a l'ús d'aquest tipus de recurs digital (Khan et al., 2022; Lo Iacono et al., 2016; Sedgwick et al., 2009).

En total, es van realitzar 7 entrevistes a diferents experts de les universitats de la Xarxa Vives, localitzats a les poblacions de Girona, Barcelona, Sardenya, Comunitat Valenciana i el Principat d'Andorra. Tots els membres participants són majors de 40 anys i compten amb més de 8 anys d'experiència en l'àmbit professional d'estudi, tant acadèmic com de recerca i formació específica en l'àrea; tots són doctors menys un. Malgrat ocupar rols professionals similars, el perfil acadèmic dels participants és bastant heterogeni. Els participants eren representatius dels següents grups: infermeria, psicologia, salut pública, ciències de la salut i ciències de l'esport.

Tota la informació qualitativa s'ha analitzat utilitzant el programa Atlas.ti 24.

La informació sociodemogràfica dels diferents participants entrevistats està representada a la Taula 35.

Taula 35

Participants a les entrevistes

Participant	Posició
RR	Catedràtic d'universitat; Departament de Ciències de l'esport, Comunitat Valenciana.
SF	Professor associat; Expert en intervencions en les organitzacions i les avaluacions del benestar i l'estrès en el lloc laboral, Itàlia.
PC	Professor col·laborador a la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Catalunya.
JR	Catedràtic d'universitat; director de secretariat d'Universitat saludable, Comunitat Valenciana.
SL	Cap de la unitat de Compromís Social i Orientació Professional, Catalunya.
NM	Responsable del Servei de Prevenció i Salut, Catalunya.
MA	Responsable Promoció de la Salut, Principat d'Andorra.

A continuació, es presenten els principals resultats derivats de les entrevistes. A part dels extractes literals pronunciats durant l'entrevista, el cos dels resultats s'acompanya d'informació qualitativa i de l'anàlisi estadístic de les respostes dels informants. De l'anàlisi de les diferents categories sintetitzades a priori i les diferents dimensions de l'estudi, s'ha generat l'esquema conceptual que es pot contemplar en la Taula 36. Els resultats de l'estudi qualitatiu sobre l'opinió de les persones responsables dels projectes locals es presenten agrupats en els perfils específics, incloent-hi diferents “verbatim” dels participants. Endemés de les particularitats en les respostes identificades, cada una de les frases textuais s'ha acompanyat de l'identificador de la persona informant per tal de facilitar la comprensió i la contextualització de la informació pronunciada durant l'entrevista.

Taula 36*Dimensions i categories de les entrevistes*

Dimensions	Categories		
<i>Definició</i>	Universitat saludable	Universitat Promotora de la Salut	Campus saludable
<i>Estructura</i>	Serveis de riscos laborals	Vicerectorat	Unitats saludables
<i>Funcions</i>	Promoció de la salut	Prevenició de la malaltia	Riscos laborals
<i>Recursos</i>	Econòmics	Instrumentals	Compromís
<i>Participació</i>	Individual	Comunitària	Xarxes UPS
<i>Campus</i>	Aules	Espais oberts	Instal·lacions esportives
<i>Sostenibilitat</i>	ODS	Reciclatge	Espais naturals
<i>Recerca</i>	Salut mental	Estudiantat	Finançament
<i>Avaluació</i>	Elaboració d'indicadors propis	Nombre de demandes ateses als serveis	Dades empíriques

Nota. Elaboració pròpia.

4.4.1.1. Definició

Ja hem comentat en altres apartats d'aquest treball la indistinció present en la literatura en l'adopció dels termes “universitats saludables” i “universitats promotores de la salut” per referir les accions i les estratègies emprades per sintetitzar els principis fundacionals d'un paradigma en salut més ampli.

En aquesta primera qüestió cal destacar un acord absolut entre els diferents participants en relació a l'atribució de significats als conceptes saludables i promotors de la salut. Els set participants entrevistats coincideixen, amb independència de l'atribució terminològica emprada, en la idiosincràsia activa i dinàmica que caracteritza a una universitat que

estructura i gestiona programes per promocionar l'estat de salut i de benestar de tots els seus integrants, des de la justícia social i la sostenibilitat. Com assenyala un participant “al cap i a la fi, a la universitat, tant pública com privada, has d'intentar ser un mitjà que reflecteixi les aspiracions que ens haurien de permetre desenvolupar una societat més plural, més respectable, basada en principis com la justícia social, i sobretot, sostenible”. (Home, especialista en infermeria comunitària).

Al preguntar sobre les possibles diferències en l'atribució de significats dels termes “Universitats Saludables” i “Universitats Promotores de la Salut”: el 28.57% dels participants expressen el conformisme establert en l'etiquetatge dels programes inclosos dins de l'estratègia dels entorns saludables i reivindiquen la necessitat conjunta d'adoptar el terme “Universitat Promotora de la Salut” per representar el caràcter actiu que simbolitza aquesta estratègia dins i fora del context universitari. En paraules textuais d'un participant “El fet que ja es denomini una Universitat Promotora de la Salut almenys determina que hi ha un compromís o una voluntat de treballar per accions promotores de salut” (Home, professor d'activitat física i l'esport).

De manera específica al cas de la península Ibèrica, alguns experts atribueixen l'acceptació del mot “saludable” com a conseqüència d'un procés històric i temporal que ha restat invariable a l'evolució natural de les accions desenvolupades sota el prisma de les UPS. En opinió d'un participant, “a Espanya el constructe que es va encunyar inicialment va ser el de Universitat Saludable i és el que actualment la majoria de les universitats utilitzen, encara que per exemple la xarxa de Universitats Saludables que era la REUS actualment ha modificat la seva denominació i ha passat a denominar-se xarxa de Universitats Promotores de Salut en sintonia amb la xarxa iberoamericana de Universitats Promotores de Salut” (Home, especialista en infermeria comunitària).

Síntesi

En síntesi podem concloure que existeix un acord tàcit no explícit en la institucionalització dels principis fundacionals de l'estratègia dels entorns saludables sota l'etiqueta “universitat saludable”. Per altra banda, alguns autors han atribuït l'ús indistint dels dos termes al desenvolupament històric del moviment UPS a la Península Ibèrica, una situació que es troba en procés de revisió liderada per la REUPS. No obstant aquestes

divergències conceptuals en la polarització dels “termes saludables” i “promotor de la salut”, les quals han estat poc explotades en la literatura i per part de la majoria de representants entrevistats, existeix un consens a favor de l’atribució terminològica del concepte Universitat Promotora de la Salut com a etiqueta positiva que aglutina, en termes simbòlics, la voluntat i el caràcter actiu de la institució de ser part dinàmica en la construcció constant i sistemàtica de l’estat de benestar i de salut de tota la comunitat.

4.4.1.2. Estructura

Com ja hem vist en la revisió bibliogràfica realitzada, i ratificat pels resultats identificats en l’anàlisi del concepte, l’operativització dels principis teòrics en salut i la conseqüent traducció en forma d’accions pràctiques per promocionar el benestar del conjunt de la comunitat universitària requereixen d’un conjunt de prerequisits que garanteixin l’adopció i l’èxit de l’estratègia en promoció de la salut. De manera congruent amb els resultats obtinguts en la fase preliminar de revisió teòrica del concepte, les diferents universitats que s’identifiquen com institucions saludables o promotores de la salut, amb indiferència pràctica, reconeixen disposar d’una estructura organitzativa interdependent, que els permet gestionar i desenvolupar aquelles accions que consideren oportunes per influir en l’estat de salut i del benestar dels diferents perfils que conviuen conjuntament a la universitat.

Com a resposta a la pregunta “La universitat en el seu pla estratègic incorpora una missió vers la promoció de la salut?”, el 71.42% dels participants afirmen que la universitat en la que treballen disposa d’un full de ruta institucional per incloure accions de promoció de la salut en les diverses àrees de treball. Com comenta un participant, “busquem, dintre dels Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS), són els que intentem guiar-nos. Amb aquests ODS, nosaltres intentem realitzar esdeveniments i polítiques relacionades amb la promoció de la salut. En principi, l’objectiu és aquest. Després, si tenim els recursos necessaris, ja és diferent” (Home, professor d’epidemiologia clínica). A partir de la resposta anterior, s’ha identificat una altra categoria de problema relacionada amb les oportunitats pràctiques de desenvolupar projectes de promoció de la salut, que són els recursos econòmics. Dins de les línies de treball de les universitats participants en l’estudi que formen part de la XVU, les diferents unitats disposen d’un pressupost assignat per

coordinar i planificar accions que consideren primordials. No obstant aquesta apreciació, si bé necessària i imprescindible, el reduccionisme de la voluntat institucional a l'aspecte purament econòmic no és suficient per garantir l'èxit de les accions empreses.

Un participant indicà “No és menys cert que la salut no pot ser una cosa que estigui subjecta permanentment a una qüestió econòmica. La salut ha de ser identificada i vista per part de tota la comunitat universitària com una responsabilitat compartida” (Home, especialista en infermeria comunitària).

En la mateixa direcció del discurs anterior, i de manera complementària a les troballes identificades prèviament en la literatura, els responsables de les diferents unitats encarregades de la gestió dels projectes institucionals que defineixen l'adquisició del compromís de la universitat sota el concepte UPS, expressen la necessitat identificada d'incorporar més recursos humans, de perfils professionals diferents, a l'organigrama organitzatiu de l'oficina encarregada de la gestió i la implementació de l'estratègia promotora de la salut: “És bàsic. Si una universitat vol fer això i s'ho creu, ha de tenir una estructura sòlida” (Cap de la unitat de Compromís Social i Orientació Professional).

Síntesi

La voluntat institucional d'esdevenir una universitat promotora de la salut requereix d'un conjunt de requisits per garantir l'adequació dels principis salubristes a les necessitats del context. En primer lloc, tots els participants de les diferents universitats que es defineixen com entorns saludables o promotors de la salut coincideixen en la necessitat de disposar d'una estructura organitzativa independent, en la seva majoria oficines o departaments, integrada de manera pràctica i articulada en sinèrgia en la configuració institucional i política de la universitat. Endemés de l'harmonització interdepartamental, hi ha una sèrie de factors intrínsecs, com són els recursos econòmics propis i els mitjans humans, al propi òrgan de gestió que resulten imprescindibles per sostenir la voluntat institucional i materialitzar-la en forma d'accions pràctiques.

Tots aquests elements són alguns dels factors que configuren l'amalgama de condicions bàsiques necessàries per dissenyar un projecte d'universitat promotora de la salut.

4.4.1.3. Funcions

La prototipicalitat de determinades activitats per promocionar la salut, és a dir, la seva consideració com elements necessaris i representatius de la voluntat institucional per incidir en la millora de l'estat de salut i de benestar de la universitat és una de les principals característiques de les universitats promotores de la salut que requereixen d'un grau d'anàlisi profund. Aquesta al·lusió hipotètica envers la caracterització reduccionista dels principis generals de l'estratègia UPS en forma d'accions específiques amb una durada temporal limitada plantejada empíricament en l'apartat 4.2. ha estat present en els diferents anàlisis efectuats al llarg del treball. Davant aquesta necessitat plantejada de manera transversal en les diferents aproximacions emprades en el treball de conèixer les funcions concretes atribuïdes a la Universitat Promotora de la Salut, en la present fase hem articulat un conjunt de preguntes orientades a conèixer les percepcions dels diferents professionals sobre el tema en qüestió i la manera en com des de les universitats articulen els diversos projectes locals per donar resposta als principis estratègics del concepte teòric.

Quan se'ls hi va preguntar als participants si “disposen d'una planificació de programes per promoure la salut?”, el 57.41% va reconèixer l'existència d'un programa institucional més o menys configurat amb accions concretes orientades a la millora de la salut i del benestar dels diferents col·lectius de la comunitat universitària. Si bé existeix cert grau de concordança sobre la importància de la figura específica del servei encarregat com a agent responsable de gestionar i implementar les accions per promoure la salut, en fons i forma moltes de les accions empreses per la institució són productes temporals d'una necessitat detectada a priori. En l'opinió d'un participant, “Estic quasi jo sol, i em poden ajudar una miqueta de manera esporàdica algunes persones, però molt poc. O sigui, es fa el que es pot, alguna vegada l'any es fa algun tipus de trial, de cursa... Sí que també hi ha lligues que ja estan molt establertes, de competicions de futbol, bàsquet, pàdel, etc. Però planificació de lloc costa molt” (Home, professor d'epidemiologia clínica).

De manera complementària a l'assumpte de la planificació, es va preguntar als diferents professionals sobre la tipologia de les accions i la manera en com els diferents programes de treball més amplis s'articulen per respondre als objectius pretesos. A la qüestió descrita, el 42.85% dels participants reconeixen disposar d'una planificació d'accions i

programes més o menys estructurada i estable en el temps. No obstant aquesta casuística local de cada institució, en l'anàlisi del contingut de les respostes declamades sobre la tipologia d'accions empreses, el 57.14% dels informants indiquen que gestionen els programes sustentats en promoció de la salut en funció de les necessitats detectades a priori, la majoria de les quals es defineixen de manera temporal en la planificació. Un segon aspecte compartit pels responsables i que està íntimament relacionat amb la gestió dels programes interns per afavorir la salut dels membres de la comunitat, és la necessitat detectada d'incloure indicadors de mesura per conèixer des de dins les necessitats de la comunitat, per una banda i l'impacte de les mateixes sobre l'estat de salut per l'altra.

“Jo crec que la primera acció és mesurar. Perquè si no tens dades de com està la gent, no pots fer disseny de res. Moltes vegades es fa el pla directament sense tenir dades. Llavors, tant per poder fer accions i per poder vendre accions has de tenir números” (Dona, Responsable del servei de Promoció de la Salut).

Síntesi

Pel que fa les funcions atribuïdes a la Universitat Promotora de la Salut, en primer lloc cal destacar que s'observa un elevat grau de consens entre les diferents institucions participants sobre la necessitat d'estructurar d'una manera centralitzada però interconnectada amb els diferents agents institucionals, els plans de treball i les propostes d'accions a desenvolupar. Per altra banda, al interpel·lar als responsables sobre la disposició d'un cronograma d'accions i de projectes predefinits en el temps, sembla existir un grau de llibertat en l'elaboració dels mateixos, car es defineixen com accions puntuals sense continuïtat en el temps. En aquest sentit, i recuperant el caràcter dinàmic que caracteritza l'aproximació integral del sistema (veure apartat 1.12.2.), podem constatar la necessitat identificada d'incloure instruments de mesura en els diagnòstics de les necessitats de cada col·lectiu, com a intervenció prèvia al tractament d'aquelles dimensions del constructe salut que es vulguin potenciar.

4.4.1.4. Participació

Sobre la pregunta, “De quina manera els membres de la universitat participen o poden participar activament en les funcions de promoció de la salut?”, un dels informants

opinaren que la participació dels s'ha de produir des de l'interior. És a dir, s'ha d'incloure la figura del representant del col·lectiu de l'estudiantat, així com la figura dels representants dels altres col·lectius PAS i PDI en els grups de treball responsables de la gestió i la planificació dels projecte d'universitat promotora de la salut. Aquesta apreciació, queda recollida en la següent verbalització compartida per un participant respecte la integració dels diferents sectors universitaris en les tasques de planificació i acció en matèria de promoció de la salut: “els agents de salut que tenen que ser representants de PAS, de PDI, d'alumnat, però a banda dels diferents centres que conformen la universitat. Des d'aquesta diversitat i des d'aquestes mirades diferents es podrà construir una realitat en què tot el món se sent influït i, a més a més, capaç d'aportar elements que contribueixin a aquesta construcció de la salut” (Home, especialista en infermeria comunitària).

Síntesi

De manera sintètica, podem afirmar que l'establiment d'una iniciativa institucional d'Universitat Promotora de la Salut constitueix en sí mateixa un plantejament d'acció conjunta entre els dirigents polítics (*top-down*) i la voluntat dels diferents col·lectius que conviuen en el context universitari (*bottom-up*). Una característica definidora de les universitats que presenten un plantejament institucional en el pla estratègic de la mateixa és la incorporació d'accions que estimulen la participació dels diferents perfils universitaris, mitjançant estratagemes dispars com la consideració de la figura dels representants de l'estudiantat i dels treballadors/es en els grup de treball, o la creació de concursos públics que impulsen l'elaboració de projectes per millorar alguns dels tòpics de treball del campus saludable.

Si bé aquesta formulació planteja algunes indeterminacions que precisarien d'un major d'anàlisi en el pla empíric, és interessant comentar que aquests resultats circumdants a l'acció participativa coincideixen amb algunes de les directrius condicionals identificades prèviament en la literatura (veure apartat de resultats 4.1.3.) i contrastada amb els resultats de l'ítem “participació” de l'enquesta.

4.4.1.5. Campus

A propòsit de la operativització del concepte teòric actiu en salut (explicat en l'apartat 1.12.4.) integrada en la pregunta “Quins elements de l'entorn poden contribuir a la promoció de la salut en la universitat?”, el 42.85% dels participants identifica la preservació de les zones verdes, tals com els horts urbans o el tractament específic de les zones enjardinades, com una acció fonamental en la construcció del paquet d'accions que siguin positives per a la salut. Al seu torn, de manera convergent amb la identificació dels elements potencials beneficiosos en els espais físics externs, el mateix percentatge de participants identifica la necessitat latent d'incloure accions positives per a la salut en l'estructura dels diferents serveis i programes oferts per la pròpia universitat, tal i com ho va manifestar el participant en l'entrevista “seria important disposar de serveis específics, com per exemple que en el servei de menjador es brindessin opcions de menú saludables. O en els diferents espais físics dels departaments de la universitat incloure elements com taules o cadires que puguin reportar un impacte positiu per a la salut de les persones treballadores” (Home, especialista en salut laboral).

Síntesi

La conjuntura d'elements polièdrics que conflueixen i defineixen la funció del campus universitari, incloent-hi les estructures físiques de dimensions inferiors com les escoles o les facultats, és una de les categories que menys grau d'acord ha rebut per part dels responsables de les unitats. Moltes de les activitats confeccionades per promocionar la salut es realitzen en espais oberts aprofitant els beneficis de les àrees verdes. No obstant aquesta particularitat, les divergències contextuais que la realitat de cada institució presenta determina en gran mesura les oportunitats pràctiques de les accions ha desenvolupar. És a dir, més enllà dels recursos intrínsecs específics de cada institució com l'aspecte econòmic o els recursos humans per desenvolupar plans de treball, el disseny del pla director està supeditat a característiques exògenes, com per exemple la disposició d'entorns físics propis; però també socials segons el grau d'organització dels col·lectius, o la possibilitat de contraure convenis de col·laboració amb entitats polítiques.

4.4.1.6. Sostenibilitat

Pel que fa a la incorporació dels Objectius de desenvolupament sostenible a les pràctiques institucionals de promoció de la salut, sembla existir un consens no explícit entre els principis de l'estratègia d'universitat saludable o promotora de la salut i els eixos d'acció en salut més amplis. A nivell local, algunes institucions (71.42%) recullen i articulen els eixos de treball conjunts entre els objectius definits per part de l'Agenda Mundial per al desenvolupament sostenible i les motivacions i el marc de treball particular de la universitat promotora de la salut sota el pla estratègic general de la universitat. En opinió d'un participant “podem desenvolupar un pla estratègic en el que la sostenibilitat i el compliment de l'agenda 2030, i la responsabilitat social s'integri de manera transversal amb el pla estratègic de la universitat” (Home, professor d'activitat física i l'esport).

Síntesi

D'una manera directa i resumida, podem afirmar l'existència gairebé coetània entre els principis definits per l'Agenda 2030 i la responsabilitat compartida de la universitat amb d'altres sectors més amplis de vetllar per la millora de les condicions de salut de la comunitat. En el cas específic del context universitari, els Objectius de desenvolupament sostenible són contemplats per la majoria d'institucions com una estratègia conjunta que integra la promoció de la salut com a vehicle d'expressió en el tractament dels objectius relacionats amb la salut. És aquesta característica relacional, sustentada en principis equipol·lents com l'equitat i la justícia social, la que millor defineix en el pla teòric la correlació entre l'adopció del compromís per part de la universitat de contribuir a l'acompliment dels objectius internacionals en salut i la integració d'accions saludables en el pla estratègic de la mateixa per fer de la universitat un espai promotor de la salut.

4.4.1.7. Investigació

Com a resposta a la pregunta “En la seva universitat tenen alguna acció de recerca orientada a la promoció de la salut?”, s'ha identificat un element problemàtic d'anàlisi compartit per la majoria d'universitats; una escissió departamental entre els agents que desenvolupen tasques de gestió i els investigadors que orienten la seva pràctica

professional a la recerca en temes de salut. Com assenyala un participant “hi ha com un intent d'intentar incloure els objectes d'estudi d'aquests grups específics que intenten treballar aquests conceptes potser a nivell més de caire pedagògic, però no hi ha una transferència directa entre el que s'investiga i les accions concretes que després es poden desenvolupar. En temes de recerca, cada departament té la seva motivació i els seus interessos” (Home, professor d'epidemiologia clínica).

Aquesta aparent dissensió entre la voluntat institucional de constituir un estratagema que incorpori el compromís vers la promoció de la salut a la universitat i els interessos de recerca albirada inicialment de forma hipotètica, ha quedat evidenciada i contrastada quan se'ls va preguntar als participants pel desenvolupament dels vincles entre les línies de recerca presents en la seva universitat i les sinèrgies de retroalimentació amb l'oficina o el departament encarregat d'articular en accions pràctiques la missió positiva per a la salut de la universitat. Com planteja un professional de l'àmbit tècnic i de gestió dels programes en promoció de la salut però amb contrastada experiència en activitats de recerca: “jo crec que la universitat dins del seu dia a dia, la gestió amb la docència, la recerca, la transferència del coneixement, aquest quatre eixos hauríem de tenir-los molt presents per intentar que la convivència i el desenvolupament de l'activitat universitària sigui el més adequat possible” (Home, professor d'activitat física i l'esport).

Síntesi

L'interès per la recerca en temes relacionats amb la promoció de la salut i la incorporació de les troballes generades pels mateixos en els dels encarregats d'elaborar els programes de treball ha estat assenyalat com un binomi aparentment irreductible, necessari però amb algunes restriccions que condicionen la intensitat de les sinèrgies i l'intercanvi comunicatiu entre ambdues dimensions; la gestió i la recerca. Per una banda, cal destacar el grau d'acord entre els participants al reconèixer la naturalesa idiosincràtica de vincular les accions de programació amb els interessos pràctics de la recerca. És a dir, utilitzar els mitjans tècnics i intel·lectuals de la universitat per aprofundir en l'anàlisi de les necessitats i traduir les troballes en dades empíriques que serveixin als responsables de les unitats de gestió i serveis per orientar i redreçar el plantejament institucional en la concreció i el desenvolupament de la tipologia d'activitats.

Per altra banda, gran part d'aquesta importància manifesta en l'intercanvi comunicatiu sembla no veure's recompensada per igual en l'exercici pràctic. La complexitat estructural en l'organització de la universitat, les discrepàncies latents en els interessos d'acció entre agents o les limitacions logístiques pròpies de la unitat responsable de la de l'estratègia d'universitat saludable són alguns elements que han estat identificats en el discurs com disposicions que entorpeixen el flux entre ambdues esferes de coneixement.

4.4.1.8. Avaluació

Quan se'ls va preguntar als participants “si els programes i les accions que desenvolupen inclouen indicadors d'avaluació?”, va aparèixer un consens sobre la necessitat identificada d'elaborar un conjunt de mesures objectives d'avaluació que permetessin una adequada monitorització de l'impacte de les accions realitzades en el sí de la promoció de la salut (100%). En la opinió d'un participant “això possiblement és una de les qüestions més febles que tenim ara mateix, els indicadors i, per tant, a través de la xarxa de utilització de promotors de salut espanyola i estem fent un document d'avaluació de les accions per determinar indicadors concrets i que això permeti que el avaluar o saber en quina mesura està impactant les accions que estem fent en la salut real. No t'hi dediques molt poc i el que ja teníem, per exemple, els indicadors de residus, de sostenibilitat, de mobilitat, això són més grans perquè ja els teníem, però altres accions del tipus que t'estava comentant, això encara no tenim indicadors” (Home, especialista en infermeria comunitària).

Al preguntar sobre la presència d'indicadors de mostreig en els projectes d'accions saludables, el 42.85% dels participants argumenta no disposar d'indicadors d'avaluació clarament establerts per analitzar diferents elements circumdants a l'impacte de l'acció desenvolupada, com per exemple la participació o indicadors de qualitat.

Síntesi

De manera coincident amb les troballes referenciades en l'apartat 4.1.1. corresponent a la revisió exhaustiva de la literatura, l'ítem “avaluació” és un dels aspectes teòrics que menys atenció ha rebut per part de la majoria dels projectes de les Universitats Promotores de la Salut. D'una banda, sembla coexistir una percepció compartida entre els diferents

representats al voltant de la necessitat detectada d'incloure indicadors de mesura que reportin numèricament l'impacte de les accions desenvolupades per promocionar la salut. D'altra banda, malgrat existeix el reconeixement explícit d'articular el disseny de les accions en base a l'evidència numèrica i objectiva, en termes pràctics la manifestació operativa d'aquesta condició és més aviat escassa.

Pel que fa al grup d'universitats que incorporen mesures d'anàlisis prescriptives en el pla estratègic de la unitat saludable, les accions empreses s'orienten principalment a l'obtenció de marcadors biològics de salut objectius d'una part del col·lectiu dels treballadors i treballadores, interpellant a la necessitat reconeguda de formular nous plantejaments més democràtics amb l'obtenció de dades empíriques com a circumstància originària dels desenvolupament de les fases de treball posteriors.

4.4.1.9. Recursos

A la pregunta "Disposen d'un pressupost assignat per desenvolupar els programes i accions per promoure la salut?", s'observa nítidament la necessitat de disposar d'una partida pressupostària pròpia per desenvolupar la missió d'incloure la promoció de la salut com a eix de treball en el context universitari (100% dels informants). Aquest incentiu en forma de suport econòmic es detecta com a necessari tant en l'accessibilitat del pressupost específic com en la gestió i l'administració del mateix, especialment en aquells casos en que la universitat està dividida en campus i estructures departamentals localitzades geogràficament en espais físics dispersos. Recollint les paraules del responsable de l'equip de la unitat d'universitat saludable d'una institució catalana en relació a les dificultats observades: "Si hi hagués un personal dintre de l'altre campus, per tant, la necessitat de tenir alguna persona que sigui l'enllaç entre els campus, també ens aniria bé. Ens ajudaria a detectar persones de risc, amb problemes de salut mental i la detecció precoç i el tractament. També podem fer més activitats i esdeveniments relacionats amb la promoció de la salut" (Home, professor d'epidemiologia clínica).

Com a resposta a la pregunta "Quins tipus de recursos serien necessaris per ampliar els programes i les accions de promoció de la salut?", s'ha identificat un altre tipus de categoria de problema relacionat amb la percepció dels recursos necessaris per articular de manera conjunta una resposta coordinada, que és el dèficit de personal contractat per realitzar aquest tipus de gestions. Dins de les diferents universitats a nivell estatal, la

configuració operativa de l'estratègia institucional per esdevenir entorns promotors de la salut està articulada principalment per una unitat o departament que depèn d'una estructura superior. A aquesta especificitat organitzacional, la necessitat d'incorporar recursos humans a l'aspecte econòmic sembla clara; malgrat la identificació dels factors que influeixen la implementació d'iniciatives locals d'UPS ha estat poc estudiat, les evidències disponibles en la literatura incideixen en el suport polític i els recursos estructurals com a elements facilitadors de la implementació de programes d'Universitats Promotores de la Salut. En consonància amb les limitacions coordinatives assenyalades una participant contestà “ Jo crec que mancarien recursos en l'estructura. Veus que tot va connectat? Si tu em preguntes com es pot implantar a les universitats el que jo estudio? Jo et contesto que amb estructura i amb recursos humans i econòmics, vol dir” (Dona, Cap de la unitat de Compromís Social i Orientació Professional).

Ratificant l'explicació anterior sobre la importància del factor humà en la implementació d'accions de promoció de la salut, un altre participant ha recollit de manera integradora les vicissituds declamades per part de la majoria de la mostra entrevistada en relació als recursos necessaris per desenvolupar un projecte d'universitat promotora de la salut: disposar de capacitat d'autosuficiència econòmica i de personal específic que s'ocupi de materialitzar les línies estratègiques en accions programàtiques. Com assenyalava el participant: “Entenc que hi ha com dos grans recursos que són una mica les dues potes que fan des estructurar potser la iniciativa, que seria la part econòmica i la part més humana, per poder desenvolupar” (Home, professor d'epidemiologia clínica).

Síntesi

Afirmar que la voluntat institucional per fomentar l'establiment d'un pla estratègic de promoció de la salut requereix de recursos econòmics sembla una evidència compartida i atestada en les tres aproximacions efectuades en el present treball de tesi. Si bé la disposició d'un fons econòmic particular acompanyat de llibertat d'autogestió i proveïment, és una condició i una necessitat manifestada per garantir la correcta materialització de les figures funcionaries en forma d'accions tangibles, no és l'únic requeriment assenyalat pels informants. Més enllà dels avantatges proveïts per la independència econòmica, la Universitat Promotora de la Salut és aquella que disposa

d'una estructura sòlida bastida per recursos humans, voluntat de treball i nexes de col·laboració amb entitats supra-institucionals, entre d'altres.

Per últim, podem observar que la majoria de recursos identificats han estat assenyalats a partir de la inspecció de les limitacions pròpies, fet el qual, qüestiona els preceptes empírics de l'aproximació positiva en salut representada en les bases del model. L'element més representatiu d'aquesta dimensió, en termes clarificadors, remet a una condició global que aglutina tots els elements anteriors, com és la incorporació del projecte d'universitats saludable o promotora de la salut. En aquest sentit, l'agregat de condicions individuals advertits pels professionals són el ròssec experimentat d'una equació global estructurada per elements organitzatius, del context físic, cultural i, fins i tot morals.

4.4.1.10. Xarxes i relacions

Sobre la pregunta “Quins aspectes destacaria de formar part d'una xarxa?”, tots els participants (100%) coincideixen en la importància de les agrupacions d'universitats promotores de la salut com a vehicle catalitzador per compartir experiències i dissenyar plans de treball sota el mateix paradigma. Com indicava una participant “aprendre de bones pràctiques d'altres universitats, això és el principal. Jo crec que quan estem en una xarxa, el que volem és escoltar i saber el que tu estàs fent, perquè normalment els millors problemes no poden ser iguals, i sobretot en el nostre cas ho notem molt a plat presencials, que clar, som molt diferents, no és que nosaltres som online, és diferent, però podem aprendre molt. Si el tema de saber el que fa les altres universitats, jo el trobo bàsic, perquè si no, no te'n pots tancar només en el que tu facis, però no veuràs que ho fas bé. I el tema de les xarxes, el que fa és poder veure el que fan les altres i després prendre força” (Dona, Responsable del servei de Promoció de la Salut).

Més enllà del valor atribuït a les agrupacions d'universitats saludables o promotores de la salut com a dispositius amb personalitat jurídica en els quals expressar i compartir les iniciatives individuals, una categoria substancial d'anàlisi que no està tan integrada en els programes però que ha estat identificada per diferents professionals és l'agrupació d'Universitats Saludables o Promotores de la Salut com a argument institucional compartit basat en l'evidència per introduir suggeriments de millora en els entramats polítics. Com assenyala una professional de l'àmbit de la gestió i el desenvolupament de projectes de promoció de la salut amb molts anys d'experiència en el càrrec salubrista “Per poder posicionar-se davant l'administració i defensar el que és una necessitat pública,

i que per tant ens ha de fer cas... tenir la Xarxa US.cat a nivell català per exemple, ens ajuda a les universitats catalanes a que hi hagi aquesta figura, o aquesta paraula, o aquest espai, m'entens? Si nosaltres no tinguéssim aquest espai, potser seria difícil defensar el que creiem” (Dona, Cap de la unitat de Compromís Social i Orientació Professional).

Síntesi

La importància de les xarxes locals i internacionals d'universitats promotores de la salut va més enllà de les oportunitats de comunicació particulars. Un element favorable d'aquest tipus d'organització identificat de manera coincident entre tots els membres participants, és la possibilitat pràctica d'establir sinèrgies transversals entre col·lectius que possibilitin l'enquadrament d'un marc comú de pensament i de treball aliè a la suma de totes les voluntats individuals. Com a conseqüència d'aquesta aliança estratègica, i de manera prospectiva amb els objectius col·lectius i les necessitats pròpies identificades per cada universitat, els recursos compartits en les seves diferents formes es detecta com una categoria sintetitzadora i diferencial de les particularitats de les UPS en relació a les universitats que no han integrat en el seu pla estratègic aquesta visió vers la salut.

4.4.2. Resultats del grup de discussió

La presentació de la informació obtinguda en aquesta fase de la recerca seguirà el següent ordre. En primer lloc efectuarem una descripció general de les característiques que defineixen als subjectes que han participat en el grup de discussió. Tot seguit, passarem a analitzar els continguts de cadascun dels cinc ítems o qüestions plantejades als subjectes durant la sessió, utilitzant les manifestacions verbals enregistrades durant la dinàmica. Aquest exercici analític cercarà connexions i divergències conceptuais que poden inferir-se dels elements discursius. Per reforçar l'anàlisi del contingut, utilitzarem frases extretes directament dels enregistraments fàcilment identificades entre cometes (“). Posteriorment, després de l'anàlisi específic als ítems definits en el grup, intentarem establir connexions entre les diferents percepcions declamades en l'intercanvi comunicatiu i les troballes en els qüestionaris i les entrevistes. Amb tot, l'objectiu de la triangulació metodològica esdevé intentar elaborar una discussió global que doni compte

dels elements essencials sobre la promoció de la salut i les iniciatives d'Universitats Promotores de la Salut.

4.4.2.1. Característiques dels components del grup de discussió

Per tal de tenir alguna evidència sobre la naturalesa i la composició del grup de discussió, al principi de la sessió es demanava als subjectes informació referent a dades sociodemogràfiques bàsiques. Així doncs, es recolliren dades sobre la relació amb la universitat, anys o curs dels estudis en el cas de l'estudiantat, posició específica en el cas del cos funcional i coneixement de la promoció de la salut. L'edat dels participants i els anys d'experiència no es consideraren necessàries en aquesta fase de la recerca.

La informació que es desprèn d'aquestes dades mostra que tres participants eren estudiants de primer i segon curs dels bàtxelors de Ciències de l'educació i d'Informàtica respectivament, i que els tres representants del col·lectiu de les persones treballadores ocupaven càrrec de responsabilitat no docent relacionada amb els serveis de gestió i administració. En relació als anys d'experiència en el càrrec actual a la Universitat, malgrat no respongueren de manera explícita, els tres subjectes manifestaren de manera indirecta portar més de 6 anys a la institució. Així mateix, els tres representants del col·lectiu estudiantil manifestaren en algun punt de l'encontre haver de compaginar els estudis amb una feina a temps parcial. En quan a la distribució per sexe, aquesta va ser desigual ja que hi van participar un 83.3% de dones i només un 16.6% d'homes.

4.4.2.2. Anàlisi dels resultats

Un cop mostrades les característiques generals del grup de discussió i la seva composició passem a analitzar els continguts de cadascun dels cinc ítems plantejats. Per facilitar-ne el tractament, cal puntualitzar que l'ordre en el que es presentaran seguirà els mateixos criteris que en la seva presentació. D'aquesta manera, s'analitzaran successivament els ítems següents:

1. Ha sentit a parlar de les Universitats Promotores de la Salut?
2. Quines accions es desenvolupen a la seva universitat per promocionar la salut?

3. Quines són les accions que caldria efectuar a la UdA per millorar l'estat de salut i de benestar dels diferents col·lectius?
4. Quins elements del context físic de la UdA poden reportar un impacte positiu en el seu estat de salut i de benestar?
5. Quins elements necessitaria incloure la UdA per esdevenir una universitat promotora de la salut?

Coneixement del terme Universitat Promotora de la Salut

Ja hem comentat en aquesta tesi la rellevància actual del Moviment d'Universitats Promotores de la Salut i l'interès incipient que aquesta estratègia està generant en diferents universitat i institucions d'educació superior dels sis continents. En tant en quant el coneixement sobre el terme UPS pot reflectir, ans que de manera parcial, la integració de la iniciativa en la comunitat universitària, analitzar el grau de coneixement dels diferents membres que freqüenten aquest espai acadèmic ens ajudarà a posicionar l'estat de la qüestió.

En aquesta primera interrogació cal destacar un acord absolut, tant a nivell entre l'estudiantat com entre els membres del col·lectiu dels treballadors/es. De manera coincident amb els resultats obtinguts en l'enquesta administrada al personal docent i de gestió i el col·lectiu de l'estudiantat de la UdA, cap dels membres participants al grup de discussió ha sentit a parlar mai del terme Universitat Promotora de la Salut. Els diferents moviments institucionals derivats de l'estratègia dels entorns saludables, tals com les Escoles Promotores de la Salut o els Hospitals Promotors de la Salut, tampoc varen ser reconeguts per cap dels participants. Com recullen les paraules d'un treballador "*Sobre la promoció de la salut sí, però el concepte Universitat Promotores de la Salut, no*".

Davant la desconeixença generalitzada cap al terme de treball, alguns participants atribueixen a la falta d'atenció per part de la universitat la situació de la promoció de la salut. En aquest sentit, una possible interpretació que es pot fer d'aquestes dades és que malgrat es realitzin un conjunt d'activitats dirigides a la promoció de la salut existeix un desconeixement cap a les múltiples funcions i formes que aquesta pot adquirir, sovint associada a l'adquisició d'hàbits saludables. En aquest cas, com assenyala Wenzel (1997),

l'ecologia ha reemplaçat la ideologia, en tant que en les societats post industrials entorn i salut són peces intercanviables.

Accions que es desenvolupen a la UdA per promocionar la Salut

Com ja hem vist en l'apartat introductori d'aquesta secció, la percepció que tenen els diferents membres que freqüenten la UdA sobre les accions de promoció de la salut que es desenvolupen en aquest context és desigual. A diferència dels resultats obtinguts en l'anàlisi quantitativa, en aquest cas els participants al grup focal només han sigut capaços d'identificar tres grans accions de promoció de la salut. Si bé les dades obtingudes coincideixen de manera parcial amb les impressions recollides en l'administració de l'enquesta, aquest efecte pot trobar la seva explicació en la mida de la mostra de les persones consultades en el grup focal. A diferència del nombre de subjectes enquestats, en el que varen participar l'estudiantat i el personal docent i de gestió de tota la universitat, la confecció d'un únic grup de discussió ha limitat el nombre de respostes obtingudes. No obstant, atenent-nos al concepte de saturació, els resultats enregistrats són perfectament compatibles amb les troballes de l'enquesta.

Analitzant específicament les dinàmiques generades per mitjà d'aquesta pregunta, cal destacar en primer lloc que totes tres estudiants coincideixen en la celebració del dia de la universitat i la diada de la UdA Solidària com a esdeveniments institucionals favorables per a la pràctica de l'exercici físic: *“el dia de la universitat solidària s'acostumen a practicar diferents esports. Per exemple, l'any passat es va fer una masterclass de zumba i també hi havia competició de pàdel”*. No obstant això, les referències adreçades a la ineficàcia de les accions per fomentar l'activitat física són compartides per tots els participants: *“trenta minuts d'exercici físic no és suficient”*; *“tu creus que la gent sortirà de classe per sortir a la plaça a ballar?”*; *“tampoc és saludable aixecar-te i sortir així”*.

Davant el tractament de la mateixa qüestió, el grup del cos funcional fan referència a les avaluacions dels riscos laborals i les mesures de prevenció i les condicions laborals disposades per la universitat per fomentar la conciliació familiar: *“després hi ha totes les mesures de riscos laborals del que deia abans, per al personal, doncs jo que sé, et recomanen una alfombra ergonòmica perquè no tinguis tendinitis, la pantalla perquè no estiguis allà encorbat, allò dels peus, coses d'aquestes”*. Per a aquest grup, la inclusió

d'aquest tipus de mesures són necessàries però no són suficients. Com relata una participant: *“Quan estàs treballant no fas cas si estàs així o si estàs aixà. Ho tens, saps que ho tens, que ho has de fer, però quan estàs treballant no estàs pendent de com estàs assegut a la cadira. I el mateix passa amb l'ordenador. Quan portes una hora a les cadires, com aquestes que són dures, no saps com posar-te”*.

Un segon element compartit pel conjunt del grup que mereix de major consideració per part dels responsables de la UdA és la qualitat dels productes alimentaris de les màquines expenedores. Al no disposar d'un servei de cafeteria propi, els diferents col·lectius universitaris han de fer ús dels serveis de menjar instantani o sortir a la cafeteria de la plaça. En el cas de les opcions alimentàries disponibles dins de la institució, aquestes són percebudes com *“poc saludables”* i perjudicials per a la salut. Com relata una estudiant *“jo intento portar una dieta i un, i després vaig allà perquè tinc gana entre classe i classe, i no veig que ja hi hagi res saludable. Només hi ha productes amb xocolata i brioxeria”*. A aquest respecte, un dels participants comentà que en el passat es va intentar substituir els productes de la màquina expenedora per opcions més saludables, però *“que no era viable, perquè al final es feia malbé tot el menjar. Es va provar de posar menjar saludable, va durar quatre mesos perquè tot l'havien de llançar perquè ningú comprava”*. I afegeix *“Al final està molt bé el que diem, promocionar la salut, però si la gent no en fa cas o no fa ús de les eines o dels recursos que es posen a disposició, al final no són efectives”*.

Relacionat amb els arguments fins ara exposats, i aprofitant el debat generat derivat de l'acte comunicatiu, un altre factor característic que podria estar contribuint a la ineficàcia de les accions empreses segons els subjectes és *“perquè som una societat una mica sedentària i una mica de d'hàbits poc saludables”* i *“perquè la gent no té interès en el que es promogui des de la pròpia universitat”*. En aquest sentit, es destaca el sentiment de desconfiança cap a la UdA i la sensació generalitzada de desemparament. Aquests dos darrers elements queden explícitament representats en les expressions següents: *“Hi ha gent que diu, vull acabar la carrera i no torno mai, sincerament. Estan farts”* i *“hi ha un sentiment general de desconfiança. Pot ser entre departaments hi és el sentiment de pertinença, o sigui, dins del mateix departament, però el que és inter-departamental aquí...”*.

En definitiva, el sentiment de pertinença a la Universitat d'Andorra, determinat en el grup analitzat pels elements anteriorment descrits, contribueix de manera explícita a l'adhesió i participació de les accions que s'organitzen des de la pròpia institució a les pràctiques de promoció de la salut. La representació del lligam que s'estableix entre els membres de la comunitat universitària i la visió de la universitat per fomentar estils de vida saludables, entre d'altres, fa que les persones s'adhereixin menys a les pràctiques que des de la institució es dissenyen. Potser la frase que de manera més expressiva recull la idea de Lalli (1988) proposada des de l'àmbit de la psicologia social, de que es possible explicar la conducta humana per mitjà de l'atribució de significats a un espai físic concret i dotar-lo de personalitat pròpia és la declamada per un dels membres del grup de discussió: *“per això hauríem de fomentar el sentiment de pertinença.. Si tu vens aquí només per venir i marxar, doncs vindràs aquí i marxaràs. Si tu vens aquí perquè et sents bé, perquè estàs amb amics t'hi quedaràs”*.

Tota la informació analitzada fa referència a les accions que es desenvolupen a la UdA en matèria de promoció de la salut i a les possibles circumstàncies que permeten explicar la visió predominant en vers la universitat i la baixa participació en les activitats col·lectives. Endemés de la introducció de noves variables al discurs analític, com el sentit de pertinença i la identitat amb el lloc, el factor comunicatiu també ha estat reconegut per les estudiants com una força medidora en la transmissió del contingut. Malgrat la universitat disposa de recursos i un canal comunicatiu en activitat constant, la desconexió dels col·lectius amb les funcions en salut de la institució desvirtua el reconeixement i els esforços realitzats per part de la mateixa. Apareix doncs el factor comunicatiu com una subcategoria del tema “infraestructura” (en la Taula 27 inscrita en l'apartat 4.3.3.3.) amb una capacitat explicativa pròpia. La frase següent recull de manera succinta la noció que determinats grups d'estudiants i personal docent i de gestió defugen de les intencions comunicatives de la pròpia UdA: *“Generalment es fa difusió de tots els cursos que la Universitat ens ofereix o de les campanyes que hi puguin haver, de tot això se'n fa difusió, ens arriba, però és veritat que hi ha molta gent, que el que fan és que quan és un correu de comunicació el llencen a la brossa. És trist, eh?”*.

Accions que caldria efectuar a la UdA per millorar l'estat de salut i de benestar dels diferents col·lectius

Un cop plantejada la pregunta referent a les accions que es desenvolupen des de la UdA per millorar i fomentar el benestar i l'estat de salut de tota la comunitat, es va formular la qüestió en prospectiva. És a dir, quins són els elements organitzatius o les accions institucionals que caldria efectuar per complir amb el repte de la promoció de la salut. Aquest interrogant, intrínsecament relacionat amb la variable sobre les “necessitats en salut” interpel·lada en l'enquesta, es pot també associar amb els actius en salut. Amb l'objectiu de facilitar al lector una representació integrada dels resultats, a efectes merament acadèmics en aquest apartat inclourem mitjançant l'anàlisi comparativa les troballes més rellevants de la pregunta 4: *“Elements del context físic de la UdA que poden reportar un impacte positiu en el seu estat de salut i de benestar”*.

Un fenomen que s'ha pogut observar a l'analitzar temàticament els continguts de les respostes és que, moltes de les accions de millora proposades pels participants al grup de discussió basen la seva inclusió en atribucions polítiques. D'aquesta manera, les dues preguntes que a continuació presentem poden tractar-se des de l'òptica del compromís institucional, el qual ha estat àmpliament assenyalat en la caracterització d'un projecte d'UPS tant a nivell conceptual (apartat 4.1.4.) com des de la perspectiva interna dels grups universitaris (apartat 4.3.3.).

En relació a la primera de les qüestions, quins serveis disposa la UdA per promocionar la salut de la comunitat, cal destacar una discrepància absoluta entre els participants representants de l'estudiantat i el personal acadèmic. Mentre que aquest segon reconeix una sèrie de serveis institucionals com el Servei d'Acompanyament a l'Estudiant i al Personal (SAEP) i el SOC accessibles per part de qualsevol membre de la universitat, totes tres estudiants reconeixen la inexistència dels mencionats recursos: *“me n'acabo d'assabentar de tot. Primera notícia”*. Al contrari de les percepcions anteriors, sembla coexistir un acord absolut entre els sis participants al grup focal en relació al grau de coneixement sobre els descomptes especials per a les persones matriculades a la UdA. A tall d'exemple, un dels participants afirma: *“El problema que hem tingut és que el comú ja no ens fa les condicions que hi havia. Abans pels treballadors era gratuït, i els estudiants tenien una quota súper baixa”*. Aquests resultats, coincideixen àmpliament

amb les dades recopilades en l'estudi de cas en el que els participants a l'estudi identifiquen en l'accés al Centre Esportiu una de les prioritats en salut.

En quant als recursos físics de la pròpia universitat, tots sis participants en destaquen les àrees comunes, com l'espai de co-treball i el menjador propis per a l'estudiantat i el personal treballador, així com la necessitat d'establir un espai físic propi per a l'esbarjo. En aquest sentit, si bé la sala comuna per treballar és percebuda com un recurs facilitador per al benestar, el mal ús que en fan alguns dels usuaris "*dificulta la desconexió*". A aquest respecte, dos dels tres membres representants del col·lectiu acadèmic i de gestió suggereixen la creació d'un espai lúdic específic per cobrir funcions de relaxació i el foment d'un espai verd que contrasti amb els "*totxos i el ciment de la plaça*". En la mateixa línia del discurs un altre participant fa notar el seu grau de concordança amb la ideació "*d'un espai verd a fora on hi hagi tres arbres, espais on poder estar amb els companys, parlar més tranquil·lament*". Finalment, al preguntar per la viabilitat de concretar aquests projectes amb la nova ubicació de la universitat tots els membres conclouen "*haurem d'intentar lluitar per tenir-ho a totes*".

Elements necessaris per esdevenir una Universitat Promotora de la Salut

Les intervencions que sorgeixen al parlar sobre el futur de la UdA i la possibilitat que aquesta esdevingui un espai certificat promotor de la salut, venen marcades per dues característiques o requisits principals: la incertesa sobre l'evolució del tractament d'aquests temes per part de la universitat i un cert desencant amb el sentiment de pertinença a la mateixa institució. En relació amb aquest darrer argument, un dels participants explicita que "*s'hauria de reforçar el sentiment de pertinença. S'hauria de poder parlar de moltes coses. Tots els responsables de cada departament, potser haurien de fer més difusió de qualsevol tipus d'aspecte relacionat amb la universitat*".

Una de les incerteses que determinen més clarament la postura dels membres del grup respecte de la instauració de millores favorables a la promoció de la salut és la relacionada amb la percepció que tenen els diferents integrants de la universitat de la mateixa. En general, i de manera similar amb els resultats obtinguts en la variable "UPS 7" de l'enquesta, el grau de participació a les activitats que es desenvolupen des de la pròpia UdA és més aviat pobre. El fet de que els membres desacreditin en certa forma les accions

efectuades per l'agent organitzatiu interfereix de manera negativa en els processos mediadors, com per exemple totes les accions i campanyes de difusió (*“Per això que et dic, és la falta de difusió, la falta de motivació, de tot una mica”*).

Per altra banda, aquesta possible implementació de noves estratègies comunicatives mitjançant l'explotació de les xarxes socials hauria d'anar acompanyada d'intervencions orientades a la construcció d'una identitat universitària sòlida. Com hem vist en aquest apartat, la desvinculació de les creences personals de les intencions institucionals és un mecanisme psicològic que pot explicar alguna de les manifestacions conductuals típiques associades al Moviment d'UPS i que Suárez-Reyes i Van den Broucke (2023) han associat a les estratègies “prototípiques” relacionades amb el proveïment d'informació.

Així doncs, a partir dels arguments exposats pels diferents participants al grup de discussió, podem considerar la possibilitat de que el fet de que la Universitat d'Andorra esdevingui una Universitat Promotora de la Salut requereix prèviament d'un conjunt d'intervencions alienades amb la construcció d'un sentiment d'identitat particular, així com d'una sèrie de canvis a nivell organitzacional. De fet, hem pogut constatar com encara que no hi hagi cap estudi disponible, una significació d'adhesió al lloc d'estudi o de treball pot mediar entre el compromís institucional i l'adopció de conductes i l'elaboració de creences favorables a l'estat de salut i el benestar de tots els membres de la comunitat.

La segona línia argumental fa referència al paper de la universitat com a responsable d'establir un compromís robust amb la promoció de la salut en general i amb el foment d'espais saludables en particular. En aquest sentit, sobretot des del col·lectiu dels treballadors i les treballadores s'argumenta que els recursos dels quals disposa la pròpia universitat no són suficients. A més a més, un dels participants considera que les accions empreses fins al present, com per exemple l'adhesió de cartells informatius als plafons són insuficients, i afegeix: *“no només calen recursos econòmics, també gent disposada a fer-ho”*. A aquest respecte, un element que resulta salient en aquest punt és el foment d'accions que ajudin a les persones a controlar les càrregues de treball i la gestió de les responsabilitats, *“si hi hagués algun curs en l'aula d'estiu jo m'hi apuntaria”*. En general, però, hi ha la noció àmpliament compartida pel teixit de la comunitat universitària *“que es fan poques coses per promocionar la salut”*.

En darrera instància, unes condicions que són associades al futur promotor de la salut de la UdA per alguns dels participants són les millores dels propis serveis que s'ofereixen. A dia d'avui la UdA compta amb un contracte limitat per a l'estudiantat i les persones treballadores amb el centre esportiu de la parròquia. També disposa d'un Servei d'Acompanyament a l'Estudiant i al Personal en el qual s'ofereix un suport per a les persones amb necessitats educatives especials i amb necessitat de suport psicològic a través del Servei d'Orientació i Coaching. Mentre que per alguns membres del grup *“al mateix SOC podries tenir un espai o un departament que ajudés a acompanyar els estudiants que tenen aquest problema o incloure serveis nutricionals”* per a totes tres estudiants *“ens acabem d'assabentar de tot. Desconeixíem l'existència d'aquests serveis”*. Una última via híbrida opta per al foment d'una identitat de pertinença al lloc com a fonament per a la construcció d'una iniciativa d'Universitat Promotora de la Salut.

Capítol V. Discussió

5. Discussió general dels resultats

El Moviment d'Universitats Promotores de la Salut com a paradigma independent dins de l'estratègia salubrista dels entorns saludables ha rebut tractaments i consideracions diferents des de la seva concepció a la dècada dels anys 90 del segle passat. Històricament, les universitats, així com les escoles i els hospitals, han estat interpretats com espais geogràfics sobre els quals intervenir des d'una posició passiva, això és, com a receptors de les estratègies tradicionals d'educació per a la salut i la prevenció de la malaltia. Amb la introducció d'un nou marc de pensament amb la declamació de la Carta d'Ottawa l'any 1986, la qual va fomentar l'establiment de les bases de treball de la promoció de la salut com la coneixem avui en dia, les instàncies organitzatives adquiriren un rol actiu en la manera d'entendre les activitats de promoció de la salut. Aquesta transformació en la lectura dels factors i la incidència del context en la percepció de l'estat de salut de les col·lectivitats, va permetre l'establiment d'una nova aproximació més sistemàtica i holística que derivà en l'estratègia dels entorns saludables de la promoció de la salut, la qual, en el cas del context universitari va propiciar la instauració de l'aproximació de les Universitats Promotores de la Salut (Dooris, 2001). Si bé des de l'aparició del plantejament ecològic en salut el concepte d'UPS ha vist incrementat el seu interès, en comparació amb altres espais com les escoles o els hospitals el desenvolupament dels lineaments de l'estratègia ha estat menys documentat (Dooris, 2004). Malgrat cada vegada amb major freqüència institucions d'educació superior d'arreu del món s'autodefineixen com UPS o universitats saludables, la inclusió dels principis fundacionals que caracteritzen l'aproximació en les estructures de la universitat és poc clara.

Com s'ha derivat de l'exercici de recerca bibliogràfica en l'estudi primer, únicament unes poques universitats, la majoria de les quals es troben ubicades al Regne Unit (Cawood et al., 2010; Coffey i Coufopoulos, 2010; Doherty i Dooris, 2006; Dooris, 2002; Dooris i Doherty, 2010a; Dooris i Dohertyb; Dooris et al., 2016; Dooris et al., 2020; Knight i La Placa, 2013; Newton et al., 2016; Orme i Dooris, 2010), han investigat de manera empírica aquest tema. La detecció d'aquestes particularitats obre l'interrogant sobre la capacitat de generalització dels resultats divulgats a altres contextos culturals i socials, i planteja la necessitat de re-visitat els principis filosòfics-conceptuals de l'estratègia per fer-ne una lectura actualitzada en el temps.

Amb la mera intenció de caracteritzar el concepte relatiu al Moviment d'UPS, el present treball de tesi s'ha conceptualitzat amb la voluntat de conèixer com el concepte UPS ha estat articulat en el pla teòric, i en segon lloc, analitzar la implementació de l'estratègia UPS en les institucions de la Xarxa Vives d'Universitats. A tal efecte, un cop desenvolupades les diferents activitats de recerca proposades (veure Figura 9) i analitzats els resultats obtinguts de les tres aproximacions: la revisió exhaustiva de la literatura, les dades qualitatives i les dades quantitatives, es pot afirmar que l'objectiu general plantejat per aquest estudi s'ha respost a través del tractament de cadascun dels objectius específics definits. Així mateix, a la pregunta de recerca original “De quina manera les Universitats de la XVU han incorporat els lineaments del Moviment d'UPS?”, la resposta atorgada és de manera divergent. En relació a la conceptualització dels principis filosòfics-conceptuals de l'estratègia UPS, existeixen algunes dificultats en la seva implementació pràctica.

Tot seguit, es presenta la discussió general fent referència a cada part de l'estudi així com a la seva totalitat.

5.1. El tractament del concepte d'Universitats Promotores de la Salut

En relació a l'objectiu específic 1 “*Caracterització del constructe Universitat Promotora de la Salut a partir d'una revisió exhaustiva de la literatura*”, les dades reportades en la revisió de la literatura suggereixen, endemés d'un ampli substrat de models i teories vinculades en l'aproximació socioecològica en salut, que existeix una preferència significativa de l'ús de tècniques qualitatives en la realització d'estudis vinculats amb la promoció de la salut. El nombre limitat de treballs importats en l'exercici de revisió que descriuen la implementació de la iniciativa d'UPS, tant en el pla teòric com en l'aplicació pràctica, contrasta notablement amb la producció d'estratègies de prevenció de la salut deliberades en el context universitari (Bertholet et al., 2023; Ghani et al., 2024; Ungvári et al., 2021). A aquest respecte, la falta d'informació sobre la implementació dels principis estratègics de la iniciativa d'UPS pot ser interpretat com una conseqüència de la poca claredat conceptual de les proposicions axiomàtiques intricades del propi concepte. Com a exemples il·lustratius de l'amalgama de contribucions utilitzades per referenciar els principis d'aquest moviment, en l'apartat 1.12. del marc teòric hem descompost analíticament alguns dels plantejaments conceptuals que han servit de punt de partida per conceptualitzar els lineaments de l'estratègia dels entorns saludables. En aquest sentit, la

majoria de programes descrits en la revisió es basen en les directrius esbossades en la Carta d'Ottawa (Gaviria Mendez, 2015; Knight i La Placa, 2013), la proposta de tot el sistema elaborada per Dooris (2002), o les interpretacions del Model salutogènic en salut (Dooris et al., 2016; Dooris et al., 2022; Newton et al., 2016). No obstant les diferents troballes referenciades al·ludeixen a referents conceptuals igual de divergents per caracteritzar el mateix fenomen d'estudi, l'aplicació dels principis fenomenològics ha estat desproveïda d'una resposta explícita. És a dir, la monitorització de les teories referenciades en la majoria dels estudis han estat dispostes per complir amb una funció teòrica, estètica, i no com a mecanismes heurístics per demostrar l'efectivitat empírica de les intervencions.

Malgrat la importància incipient de les descobertes evidenciades en la revisió exhaustiva de la literatura, l'heterogeneïtat de propostes i contribucions utilitzades per caracteritzar l'essència de l'estratègia d'UPS planteja algunes dificultats d'integració i d'instrumentalització pràctica. Aquesta apreciació derivada de l'anàlisi crític dels estudis importats en la revisió, coincideix en el temps present amb la revisió realitzada per Dooris et al. (2014) sobre la mateixa problemàtica, segons els quals, la majoria d'iniciatives pràctiques d'UPS no estan emparades per cap teoria concreta. En aquest sentit, la manca d'un substrat teòric comú podria estar dificultant als responsables de les universitats interessades el disseny i l'aplicació de les iniciatives engendrades. A tal efecte, resulta necessària una reflexió conjunta entre acadèmics i professionals per repensar i definir de manera actualitzada les bases teòriques de l'estratègia de les UPS en aquest àmbit de sabers.

En segon lloc, l'aplicació de la tècnica metodològica de l'anàlisi del concepte a les comunicacions reportades prèviament en la revisió de la literatura ha permès identificar un conjunt de característiques conceptuals relacionades amb els preceptes teòrics del Moviment d'UPS. Per a la realització d'aquest escrutini es van prendre com a marc de referència els models analítics de Rodgers (1993) i Walker i Avant (1983), i es van aplicar cada una de les fases o accions al contingut de cada una de les publicacions importades de les bases electròniques. Les dades d'aquesta aproximació evidenciaren que els projectes d'UPS requereixen d'un conjunt de condicions institucionals, tant materials com tècniques, caracteritzades per la formació d'un grup d'experts que s'encarregui d'incorporar i articular el compromís per la salut i el benestar dels diferents col·lectius

que conformen la comunitat universitària en les estructures, els processos i la cultura de la universitat. Aquests resultats coincideixen amb les reflexions originals compartides per Dooris (2001) en l'Informe "*Health Promoting Universities: Policy and Practice- A UK Perspective*" i amb el model d'universitat saludable presentat per Dooris et al. (2010b) derivat d'algunes experiències locals al Regne Unit.

Relacionat amb els requisits institucionals assenyalats i d'acord amb els aspectes d'anàlisi de la tècnica aplicada, en la vessant pragmàtica de la retòrica conceptual la UPS és aquella que gaudeix d'autonomia pressupostària, disposa de recursos físics i intel·lectuals amb capacitat d'autogestió, inclou accions de promoció de la salut en els àmbits de la recerca i la docència universitària i disposa d'un pla institucional específic coordinat per diferents experts en aquesta àrea de coneixement i supeditat a revisió. Com hem contemplat de manera transversal en diverses parts d'aquest estudi, no existeix en la literatura actual una definició conceptual unitària i global del constructe UPS. De manera coincident amb algunes de les interpretacions compartides en l'apartat 1.15. *Universitat Saludable o Universitat Promotora de la Salut: conceptes i definicions*, no existeix una explicació racional que justifiqui l'adopció d'un terme o un altre, motiu pel qual, podem pressuposar que no existeixen diferències terminològiques en l'adopció pragmàtica del constructe. Si bé alguns autors han reflexionat sobre les possibles discrepàncies operatives entre els conceptes "Universitat Saludable" i "Universitat Promotora de la Salut" (Martínez-Riera et al., 2018), en la vessant empírica d'aquesta primera part no s'han detectat discordances conceptuals. En aquest sentit, i de manera concordant amb el treball de Sarmiento (2017), una explicació factible dels resultats obtinguts podria relacionar-se directament amb una qüestió de preferències i tradició lingüística en funció del context geogràfic.

Per altra banda, i reconeixent la naturalesa eminentment descriptiva de la majoria de les publicacions que s'han atansat a l'exploració de l'estratègia des de la vessant teòrica i empírica, el terme UPS també es pot interpretar a partir de la desintegració de les diferents aportacions enunciatades en el pla teòric atenent-nos a la falta de competències pràctiques per a la seva aplicació. Com s'ha reportat de manera sistemàtica en el tractament ideològic del concepte al llarg del treball, diferents autors encapçalats per Mark Dooris en el context europeu i Hiram Arroyo des d'Amèrica Llatina, han proposat en els respectius manuscrits teòrics (Arroyo, 2017; Dooris, 2002) directrius filosòfiques-conceptuals sobre com

aproximar-nos a una interpretació contextualitzada d'aquesta variable. D'aquesta manera, la majoria de les aportacions conceptuals relatades per aquests autors han estat igualment assenyalades i replicades en la taula 8 del present treball. Aquesta conseqüència, sobrevinguda per l'anàlisi minucios de les eines conceptuals emprades per caracteritzar el terme UPS, induïx a un segon element de disputa relacionat amb la instrumentalització de les proposicions descriptives a la resolució de necessitats pràctiques de les universitats. Si bé en aquesta direcció hi ha disponibles alguns exemples puntuals d'intervencions de caràcter aplicat realitzades per diferents institucions i coordinades per les Xarxes Nacionals d'UPS (Arroyo, 2013, 2018), l'heterogeneïtat d'interpretacions disponibles conjuntament amb la mancança d'un marc d'interpretació inequívoc, dificulta tant la validació de les propostes realitzades sota el títol d'Universitats Promotores de la Salut com la posterior avaluació objectiva de les modificacions introduïdes per l'efecte de les intervencions.

Els resultats despresos de l'aplicació de la tècnica de l'anàlisi del concepte a les publicacions incloses en la revisió sistemàtica de la literatura efectuada adreça un conjunt de condicions o requisits que caracteritzen l'estratègia d'Universitats Promotores de la Salut. En primer lloc, qualsevol projecte d'UPS ha d'inserir la voluntat institucional a les estructures de la universitat. És a dir, la iniciativa ha de ser global i el compromís amb la pràctica del benestar s'ha de veure materialitzada en el marc legal i polític de l'organització. En segon lloc, i de manera relacionada amb aquesta primera proposició, la UPS ha de desenvolupar un vincle estratègic de la promoció de la salut amb agents polítics tant interns com externs a la pròpia organització. Tot seguit, un cop reconeguda la voluntat d'inserir la promoció de la salut en les estructures i els valors de la universitat, resulta imprescindible incloure un pla institucional orientat a vetllar per la salut i el benestar de tots els membres de la comunitat mitjançant la identificació de les preocupacions i les necessitats dels col·lectius que integra. En aquest sentit, Holt i Powell (2017) també havien fet referència directa a la qüestió pràctica de l'estratègia de les UPS. Pensem, que aquesta condició resulta en una tasca imprescindible per conèixer i dissenyar una llista dels atributs distintius de cada institució i atendre de manera efectiva les diferències culturals idiosincràtiques de cada context, component el qual ha estat menystingut per la visió occidental (Sirakamon et al., 2011).

Finalment, l'anàlisi del contingut ens ha permès identificar un quart component operatiu estratègic, la capacitat interventiva de l'organització d'impactar positivament en l'estat de salut de tots els membres de la comunitat. Aquest darrer element és considerat de manera instrumental per Arroyo i Rice (2009) quan proposen incloure accions de formació acadèmica en matèria de promoció de la salut i el desenvolupament d'accions d'educació per a la salut i alfabetització en salut.

A més a més, la qüestió terminològica de les UPS entranya un segon element de disputa dialèctica que es pot aproximar des del reconeixement de les característiques de l'estratègia, com és la conceptualització teòrica de les mateixes. Muñoz i Cabieses (2008, p.140) es refereixen a la UPS com “aquella que incorpora el foment de la promoció de la salut al seu projecte amb la finalitat de propiciar el desenvolupament humà i la millora de la qualitat de vida dels membres que en ella hi treballen o estudien, influenciant d'aquesta manera els entorns laborals i socials”. En consonància als raonaments primerencs dels estudis de Dooris (2002), tal i com es mostren en els resultats, la iniciativa de les UPS rebutja la idea passiva que la promoció de la salut ha de servir com a mecanisme persuasiu perquè els membres adoptin determinats estils de vida saludables, sinó que es basa en la construcció d'un marc polític i organitzacional apropiats emparats en el desenvolupament d'un context favorable a l'adquisició de coneixement i presa de decisions informades.

Tornant al començament d'aquest apartat, l'activitat de conceptualització de l'estratègia d'UPS i la implementació pràctica de les iniciatives es troben íntimament relacionades en la teoria però poc desenvolupades en el pla empíric. Malgrat existeixen en la literatura un conglomerat cada cop més significatiu d'intervencions centrades en el tractament de la condició de salut de l'estudiantat (Dooris et al., 2014), tal i com mostren els resultats de la revisió sistemàtica realitzada, únicament un percentatge petit de les publicacions descriuen la implementació dels programes a tots els nivells de la universitat.

La majoria de les iniciatives incloses en la revisió han estat desenvolupades al Regne Unit i en menor mesura en alguns països d'Amèrica del Sud. Altres països europeus com Espanya i Alemanya han implementat accions en la línia de l'estratègia de les UPS, essent especialment rellevant el treball efectuat per la RIUPS en consonància amb la REUS, el seu homòleg espanyol. Altres iniciatives d'universitats compromeses amb l'aproximació dels entorns saludables s'han reportat a paratges com la Xina (Xiangyang et al., 2003), Tailàndia (Sirakamon, 2017), Hong Kong (Lee, 2002), Austràlia (Taylor et al., 2009),

Nova Zelanda (Came i Tudor, 2020) o l'Iran (Sedghi et al., 2023). Malgrat l'abast internacional de la iniciativa de les UPS, els motius pels quals l'estratègia s'ha desenvolupat de manera desigual entre països encara no s'ha explorat.

5.2. La promoció de la salut en el context de la Xarxa Vives d'Universitats

En quant a la segona part de la fase primera, i relacionada amb l'acompliment de l'objectiu segon, *“Descriure a través de l'anàlisi documental de quina manera les universitats de la XVU han adoptat els principis del Moviment d'UPS”*, s'ha realitzat un buidatge documental de les comunicacions divulgades en les pàgines electròniques de les 22 institucions que integren la XVU la qual ens ha permès identificar 10 àrees de treball en matèria de promoció de la salut (veure Taula 14). L'anàlisi temàtic del contingut ha evidenciat una preferència de les universitats de la XV en la realització d'accions per promoure l'activitat física i els hàbits alimentaris.

Altres dimensions com la salut emocional o les accions per fomentar una consciència sostenible en la comunitat també han estat considerades, tot i que en menor grau de mesura en els plans de treball d'algunes universitats. A la llum d'algunes de les funcions atribuïdes en l'última dècada al constructe d'UPS, les universitats i les institucions d'educació superior han estat conceptualitzades com enclavaments sectorials específics ideals per incloure estratègies que impactin positivament en els problemes de salut i la sostenibilitat més amplis (Orme i Dooris, 2010).

En relació a l'objectiu específic segon, *“identificar les accions emprades per les universitats membres de la XVU per tal de contribuir a la promoció de la salut del seus membres”*, l'Anàlisi de Components Múltiples i l'Anàlisi de Clúster Jeràrquic ha suggerit un model de tres agrupacions en funció del tractament dels principis conceptuals d'UPS. El **Clúster 1**, anomenat “UPS incipients” està integrada per 15 universitats i es caracteritza per incloure accions del foment de la promoció de la salut sense comptar amb un pla estratègic institucional. En segon lloc, el **Clúster 2** rotulat “UPS prematures” el conformen dues universitats reconegudes amb el distintiu d'UPS que malgrat gaudir d'un certificat, no comparteixen públicament en els dominis electrònics les bases de treball del seu compromís amb la salut de la comunitat. Finalment, cinc universitats de caràcter públic han estat unificades per originar la tercera agrupació o **Clúster 3** titulada “UPS sòlides” distingides per comptar amb el reconeixement institucional d'un agent específic

dins de l'estructura de l'organització amb poders i responsabilitat social per gestionar el pla estratègic d'Universitat Promotora de la Salut. El Mapa de factors derivat de les anàlisis estadístiques evidencia un processament i compromís desigual entre les institucions membre de la UXV amb una tendència significativa cap a la prevenció de la malaltia. Aquesta apreciació, present de manera continua en el debat conceptual entre la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut (Caron et al., 2023), coincideix de manera anàloga amb l'avaluació del moviment d'Universitats Saludables a Espanya efectuada per Cerrillo et al. (2019).

De manera similar a la proposta local dissenyada, Suárez-Reyes et al. (2019) exploraren l'adopció del marc conceptual d'UPS en 54 universitats de 25 països d'arreu del món. Els resultats de l'estudi demostraren la importància de comptar amb un pressupost estable per desenvolupar l'estratègia salubrista al context universitari així com de fomentar el treball multidisciplinari. En el cas de la XVU, més de la meitat (n=14) de les universitats analitzades estan adscrites a alguna xarxa o grup de treball local o internacional.

De manera relacionada amb el mapa de factors de les institucions que conformen la XVU elaborat a partir de l'anàlisi de la implementació del concepte d'UPS en les mateixes universitats de l'agrupació de parla catalana, un segon aspecte salient de la recerca documental és la prevalença en confondre la promoció de la salut amb les accions de prevenció de la malaltia. En línies generals, l'activitat física i la promoció d'hàbits alimentaris saludables són les dimensions de treball que reben més atenció per part dels organismes institucionals. En segon pla, la prevenció del tabaquisme i les conductes sexuals de risc sovint s'inclouen dins de l'àrea de treball de la promoció de la salut.

D'altra banda, els resultats aportats per la tipologia de les accions realitzades dins de cada una de les vuit àrees de treball identificades han aportat evidència sobre el caràcter temporal de la majoria d'activitats dissenyades sota el plantejament universitari. Al respecte d'aquesta observació, Arroyo (2012) sosté que el concepte d'UPS va més enllà de les accions puntuals, ans l'essència de la iniciativa consisteix en el desenvolupament d'una cultura organitzativa orientada pels valors i els principis adscrits al moviment global de la Promoció de la Salut. A tal efecte, i a fe d'establir un marc de diàleg conjunt entre elaboradors de polítiques i practicants de l'àmbit de la salut, el mateix autor proposa que la política institucional ha de ser clara i ha de comprendre accions de promoció de la salut que atenguin de manera particular un conjunt de components operatius, entre els

quals s'incloguin per exemple el desenvolupament d'associacions i aliances nacionals i internacionals, el desenvolupament d'accions de formació acadèmica professional en matèria de promoció de la salut, determinants socials de la salut i educació per a la salut o la implementació de serveis orientats a la pràctica de la promoció de la salut, tot plegat dirigit per polítiques i un marc normatiu institucional que fomenti una cultura universitària i un context favorable a la salut i el benestar de totes les persones.

Respecte a la importància d'incloure accions de promoció de la salut en l'agenda de les universitats, el mòbil tradicional ha estat orientat des de la perspectiva clínica (Herbert, 2022). Endemés de ser institucions acadèmiques, les universitats són entorns socials integrats adequats per promoure el foment d'hàbits saludables, l'aprenentatge i la vida en comunitat. Així mateix, atenent al compromís de l'acadèmia amb la producció de coneixement, les universitats ocupen una situació privilegiada dins de l'entramat col·lectiu per desenvolupar, ensenyar i aplicar les millors pràctiques d'intervenció i avaluació per mitjà de les competències acadèmiques i de recerca que mobilitzen.

Endemés de la tasca purament formativa, els centres d'ensenyament superior ocupen un rol essencial en els sistemes econòmics de tots els països ja que la població universitària és considerada un element clau en el creixement de l'economia i la prosperitat de les nacions (Valero i Van Reenen, 2018). Des d'aquest punt de vista, la noció de capital humà impulsada per Fisher (1897) i adoptada amb posterioritat per experts en l'àmbit de l'economia de mercats com Jacob Mincer (1958), incita a la reflexió sobre la funció de la universitat i la seva responsabilitat social més enllà de les fronteres físiques i funcions pedagògiques. Aquest argument, contrastat amb les dades reportades pel model elaborat sobre la promoció de la salut en la XVU, ens permet reclamar la necessitat de dissenyar estudis epidemiològics que relacionin l'estat de salut i el marc operatiu de les universitats en un sentit més ampli.

5.3. La Universitat d'Andorra com a entorn promotor de la salut

Un primer efecte que podem constatar és que els subjectes que formen part dels diversos col·lectius universitaris de la UdA que han participat en el nostre estudi comparteixen de manera coincident la necessitat de fomentar i introduir el paradigma de la promoció de la salut en les estructures de la institució. Inicialment, a partir dels diferents reactius

elaborats i inclosos en l'enquesta administrada, s'ha constatat la tendència generalitzada cap al desconeixement del plantejament d'Universitats Promotores de la Salut.

De manera idiogràfica, la investigació de camp ha pretès detectar i analitzar les percepcions dels diferents col·lectius universitaris en relació a la pràctica de la promoció de la salut i analitzar aquells factors que són percebuts com elements favorables per al manteniment de l'estat de salut i de benestar. En aquest subapartat prendrem en consideració preferentment els resultats despresos de l'anàlisi de l'administració de l'enquesta elaborada a la UdA així com les dues preguntes relacionades amb la detecció dels actius en salut. En base als plantejaments inicials exposats en l'apartat 3.3. la derivació de la tercera fase de la recerca en un estudi de cas ens ha permès analitzar les percepcions dels participants en vers l'objecte d'actitud de la promoció de la salut i els factors identificats com facilitadors per a la salut.

Abans de començar però, amb l'exposició articulada de les troballes més significatives de l'estudi de cas, cal recordar que la Universitat d'Andorra com a única institució d'educació superior pública del Principat homònim, té la missiva d'obeir fonamentalment a una doble funció. En primer lloc, com a organització especialitzada en l'ensenyament d'estudis universitaris compleix amb un propòsit acadèmic. Això és, proporcionar al sistema social del país pirinenc un espai d'aprenentatge i actualització acadèmica mitjançant l'oferiment de titulacions homologades i adaptades a les directrius de l'Espai Europeu d'Ensenyament Superior (EEES) i reconegudes als països que en formen part. Vinculada de manera estreta amb aquesta primera proposició intrínsecament relacionada amb el que Manzano-Arrondo (2011) anomena "universitat compromesa", apareix un segon objectiu relacionat amb les transmutacions col·lectives; oferir i respondre a les demandes i necessitats que pugui expressar la societat andorrana en consonància amb les variables que influeixen en el procés d'ensenyament-aprenentatge (De la Fuente et al., 2014). En aquest sentit, i de manera democràtica amb els preceptes idiosincràtics impulsats pel Moviment d'Universitats Promotores de la Salut sorgeix la necessitat d'avaluar el grau de compromís de la universitat amb el manteniment i el reforç de l'estat de salut i de benestar de tota la comunitat mitjançant el reconeixement de les fortaleces i les polítiques públiques de la pròpia institució des de dins.

Com hem constatat amb la definició dels objectius específics 4 i 5, un primer punt d'anàlisi ha estat l'exploració de les cognicions dels diferents col·lectius universitaris en relació a la promoció de la salut en general i a l'estratègia d'UPS en particular. Des de la perspectiva socioecològica en promoció de la salut, com a entorn social, les universitats es consideren espais idonis per implementar estratègies de promoció de la salut, definides aquestes com les institucions que reforcen la seva capacitat com a espais saludables per viure, aprendre i treballar (Martínez-Riera et al., 2018).

Atenent a la naturalesa exploratòria del present estudi conjuntament amb l'heterogeneïtat conceptual relacionada amb els principis de la pròpia terminologia de l'estratègia salubrista, a fi i efecte de poder copsar les percepcions de tots els membres de la comunitat universitària s'ha elaborat un qüestionari específic mitjançant la consideració d'aquells aspectes que al nostre albir caracteritzen l'enfocament d'una universitat promotora de la salut. La decisió de dissenyar un instrument de recollida de dades per a l'aproximació quantitativa ha obeït principalment a dos motius. En primera instància perquè el nombre de dispositius i proves psicomètriques disponibles per monitoritzar la implementació d'una iniciativa d'UPS és molt limitada. De fet, l'únic instrument elaborat fins al moment per avaluar el progrés en la implementació del plantejament d'universitat saludable del que tenim constància és el qüestionari electrònic titulat "*Self-Review Tool*" (Dooris et al., 2018)²⁴ dissenyat l'any 2012 per un grup d'experts de la Universitat Central de Lancashire amb la col·laboració de la Xarxa britànica d'universitats saludables. Si bé, a priori, aquesta proposta podria semblar suggestiva, el mòbil del qüestionari està destinat a institucions que es troben en procés d'implementació d'una iniciativa saludable merament, amb la qual cosa la seva aplicació no era reproduïble al context de la XVU.

I, en segon lloc, per una qüestió idiogràfica d'adaptació al context de la mostra d'estudi. A partir dels buits conceptuals identificats en la literatura, sobretot a nivell pragmàtic, en la confecció de la investigació preteníem traslladar els lineaments originals de l'estratègia per establir un diàleg entre la teoria i la detecció de les necessitats pràctiques de cada universitat. D'aquesta manera, cadascun dels apartats inclosos en la versió definitiva de

²⁴ Respectant la nomenclatura utilitzada pels autors del treball original, en el cos del document fem referència al concepte "universitat saludable" per al·ludir a l'homònim anglès "*healthy university*". No obstant això, en l'obra de Dooris et al. (2018) el terme emprat pot ésser interpretat com un sinònim del vocable HPU (UPS).

l'instrument ha reportat informació de les diferents dimensions analítiques del constructe UPS per separat. En conjunt, l'administració de l'enquesta al nucli de la UdA ens ha atorgat la possibilitat d'identificar les percepcions dels participants des del propi context d'anàlisi. La consideració d'aquesta variable subjectiva en l'anàlisi del constructe en general, ha resultat esdevenir un factor crucial per garantir l'èxit de les intervencions en promoció de la salut. Recentment, Darker i col·laboradors (2023) han utilitzat un enfocament participatiu basat en l'estratègia dels entorns saludables per conèixer i detectar les prioritats en salut mitjançant la mobilització de grups d'estudiants i persones treballadores de la Universitat de Dublín. En el context espanyol, Martínez-Riera i Muñoz-Guillena (2014) incorporaren la tècnica del mapeig d'actius per identificar i dissenyar estratègies de promoció de la salut a la Universitat d'Alacant informades per les necessitats detectades pel propi col·lectiu de l'estudiantat i la comunitat de persones treballadores. En el nostre cas, la identificació dels actius s'ha efectuat a través de la incorporació de dues preguntes al final de l'enquesta.

Per tal d'assegurar la representativitat de l'univers d'estudi, aquesta variable ha estat controlada a través de la pròpia selecció de la mostra de persones que han contestat a l'enquesta a través d'un mostreig estratificat, incloent-hi en la mostra final representants dels diferents grups i sot-col·lectius de la universitat. D'altra banda, la configuració d'un disseny d'estudi descriptiu i transversal a partir de les troballes reportades en els dos estudis previs ens ha permès restringir l'àmbit d'avaluació a aquelles dimensions conceptuals que defineixen l'essència de les funcions d'un entorn promotor de la salut, i que d'alguna manera, reflecteixen les necessitats percebudes pels membres de l'organització.

Respecte les dades de l'enquesta, en un primer punt les anàlisis prèvies efectuades en aquesta direcció (veure apartat 4.3.3.) han mostrat un desconeixement generalitzat sobre l'existència del terme "Universitat Promotora de la Salut". L'observació, en termes amplis, de l'absència de coneixença vers la responsabilitat social de la universitat en temes de salut per part dels participants, es pot entendre com una conseqüència natural de l'absència d'una iniciativa pròpia de la institució, i que ens aporta informació valuosa sobre l'estat de la qüestió en el context andorrà però també sobre la incorporació d'activitats de promoció de la salut en les estructures de la universitat.

Malgrat l'aparent desconexió generalitzada proporcionada per la descripció de la taula de freqüències, les anàlisis derivades de la prova de *Chi-quadrat* evidencien diferències estadísticament significatives en la comprensió del concepte d'UPS en funció de les titulacions acadèmiques. En aquest cas, l'estudiantat del bàtxelor en Ciències de l'educació reporten un major percentatge de respostes afirmatives respecte als seus homòlegs d'altres especialitats. No obstant aquesta troballa, en la indagació de les preocupacions per incloure accions de promoció de la salut en els diferents cursos universitaris, l'estudiantat del bàtxelor en Infermeria mostren una major acceptació respecte als enquestats d'altres titulacions no afins a les ciències de la salut, sobretot durant el primer any acadèmic.

En la línia de l'apuntat per Sánchez-Ordóñez i Gimeno-Navarro (2022), aquestes dades donen compte de la rellevància i la presència del model biomèdic en salut present en les universitats, i el que suposa validar alguna de les hipòtesis presents en la literatura que circumscriuen la pràctica de la promoció de la salut a àmbits de coneixements afins. A tall il·lustratiu de la proposició efectuada en aquest paràgraf, en un estudi transversal amb més de 500 estudiants, Cerqueira Sousa et al. (2022) identificaren que l'estudiantat inscrit en el grau de nutrició presentava puntuacions més elevades en l'escala de coneixement sobre hàbits alimentaris saludables, així com més presència en les activitats concebudes per millorar l'autoestima i l'autoimatge corporal respecte a l'alumnat d'altres titulacions. De manera similar, en una revisió de la literatura efectuada per Kühn et al. (2022) els autors del treball demostraren que els participants inscrits en cursos acadèmics relacionats amb les ciències de la salut reportaren majors nivells d'alfabetització en salut respecte a l'estudiantat d'altres àrees d'estudi diferents a les ciències de la salut. De manera conjunta, les diferents troballes representades podrien explicar-se per les possibilitats d'accés a la informació específica. Habitualment, l'estudiantat proper a entorns de la salut està més familiaritzat amb els conceptes de promoció i de prevenció, sovint vinculat als interessos i les expectatives personals i les competències associades a l'elecció de l'àmbit d'estudi (Sukys et al., 2017).

Relacionat amb el que s'ha apuntat fins aquí, es troba la percepció generalitzada d'incloure accions de promoció de la salut en les diferents estructures del context universitari. Si bé per a alguns participants la promoció de la salut refereix merament a un terme clínic, desarticulat de les funcions de la universitat, en termes absoluts, la

majoria d'estudiants i de personal treballador de la UdA reconeixen de manera explícita la voluntat de practicar-la. El fet que les persones enquestades declarin obertament la necessitat d'incloure accions de promoció de la salut en el teixit de l'organització contrasta significativament amb la baixa participació registrada en les activitats proposades per la universitat. Aquest fet es podria interpretar parcialment mitjançant l'anàlisi de les respostes a les qüestions sociodemogràfiques en el sentit que més de la meitat (57.9%) dels alumnes matriculats en algun bàtxelor compagina els estudis amb una feina a temps complet o de manera parcial en el seu dia a dia. L'afirmació d'aquesta argumentació es pot complementar mitjançant l'escrutini de les percepcions sobre la qualitat i l'atracció de les accions empreses per la institució (veure Taula 26), les quals han mostrat un reguitzell de temàtiques que permeten avaluar l'impacte de les intervencions efectuades des dels serveis de direcció. Aquesta interpretació reafirma la hipòtesi articulada per Saheb et al. (2021) per als qui les intervencions en matèria de promoció de la salut per tal de ser efectives haurien de ser dissenyades posant l'èmfasi en aspectes com l'atracció de les activitats, la detecció de les necessitats i la voluntat d'educar a tots els participants mitjançant l'actuació col·lectiva.

Aquesta observació també confirma de manera parcial les troballes detectades en altres contextos universitaris per Dooris et al. (2016) i Davies i Hall (2011), per exemple, els quals són argumentats en algunes de les referències teòriques d'estudis que han analitzat l'impacte de la participació de la comunitat universitària en l'elaboració i desenvolupament de les accions en matèria de promoció de la salut. De manera particular, Suárez-Reyes i Van den Broucke (2023) varen analitzar mitjançant l'administració d'un qüestionari electrònic la naturalesa i el nivell de participació dels diferents membres de la comunitat de les accions de promoció de la salut elaborades per diferents institucions educatives superiors adscrites a diferents xarxes nacionals i internacionals d'universitats promotores de la salut. En l'escrutini de les respostes obtingudes, els autors de la recerca es donaren compte que més de la meitat de les universitats que respongueren a l'enquesta han implementat en el seu context algun tipus d'estratègia per fomentar la inclusió de les veus dels diferents col·lectius en el desenvolupament de les activitats. Addicionalment, els autors proposaren tres tipus d'estratègies participatives diferents essent els actes comunicatius la categoria més habitual en les diferents universitats adherides a l'estudi i la inclusió de diferents representants dels col·lectius de la comunitat en el disseny i la planificació de les intervencions la menys experimentada. En aquest sentit, i de manera

concordant amb alguna de les manifestacions explicitades en l'aproximació qualitativa d'aquesta investigació, l'aproximació d'amunt cap a baix (*top-down*) i de baix cap a dalt (*bottom-up*) esdevé un factor conspicu per garantir l'èxit de les intervencions a nivell de tot el sistema (Dooris i Doherty, 2010b).

Arguments similars als reportats per Dooris et al. (2016) relacionats amb la baixa consideració de les opinions de la comunitat per part dels elaboradors de polítiques han estat articulats de manera organitzada en altres contextos. Prenent en consideració que el concepte de participació es pot entendre com un procés dinàmic en el que els diferents integrants d'un grup o d'una comunitat s'involucren de manera activa en les diferents accions, des de la identificació de les prioritats a la presa de decisions, de forma succinta, significa que les accions que es prenen de manera informada són organitzades pels propis agents receptors, de manera horitzontal, integrant les aportacions dels representants als qui les intervencions van dirigides (Heritage i Dooris, 2009). En tant que la universitat constitueix un sistema en sí mateix amb unes característiques definitòries distintives, integrat per l'estudiantat, l'equip docent, tècnics de gestió i administració entre d'altres perfils professionals, la Universitat Promotora de la Salut hauria de garantir uns processos participatius elevats en les estructures de la mateixa. Això és, recollir les percepcions dels diferents agents en l'elaboració de decisions que afecten l'aprenentatge, que impacten en les experiències socials i tenen un paper mediador en l'eficàcia laboral (Tsouros et al., 1998).

En suma, en la qüestió de la participació i la construcció social de la Universitat Promotora de la Salut en el cas de la Universitat d'Andorra, hi ha diferents fonts d'explicació que poden projectar determinats significats als interrogants plantejats en l'estudi. En primer lloc, i com expressat de manera descriptiva a la secció de preguntes sociodemogràfiques, apareix un element d'incompatibilitat horària. La compaginació dels deures professionals amb l'atenció presencial dels cursos a la universitat per part d'un segment important de la mostra enquestada ha demostrat interferir en la qualitat de les interaccions socials i el temps de permanència a les facilitats de la institució.

De manera paral·lela a les vicissituds exposades per la condició idiogràfica de cada realitat, hi ha reportat un segon element associat a la naturalesa de les propostes ofertes per la pròpia UdA. En la majoria de les instruccions escoltades, els membres de la mostra han identificat un conjunt de factors restrictius que dificulten el grau de participació dels

membres de la comunitat, entre ells la falta d'interès personal, l'absència de rellevància de les activitats dissenyades o, simplement, el desconeixement en vers les iniciatives institucionals.

En definitiva, el grau de participació i les percepcions de la comunitat universitària sobre l'objecte d'actitud que constitueix la UPS es poden considerar dos elements de la mateixa equació. Aquesta afirmació, ens porta a pensar la necessitat d'incloure en l'anàlisi de les iniciatives particulars de promoció de la salut altres variables aparentment externes a les propostes de models conceptuals tradicionals d'UPS elaborats fins al present com la identitat social universitària o el clima organitzacional.

5.4. La percepció de les necessitats en salut a la Universitat d'Andorra

En el moment de dissenyar l'enquesta per conèixer les percepcions que els diferents grups que formen part de la comunitat universitària tenien en relació al constructe d'Universitats Promotores de la Salut vàrem detectar la necessitat inefable d'aprofitar l'avinentesa per conèixer en profunditat el tractament de la promoció de la salut en el cas particular de la universitat del país dels pirineus. A tal efecte, i seguint les directrius delineades per les troballes identificades en l'estudi primer sobre la caracterització del concepte d'UPS, un cop inscrites les qüestions pròpies envers el coneixement del terme objecte d'estudi vam definir una sèrie de reactius per conèixer les percepcions que diferents grups de la universitat manifesten en relació a la promoció de la salut i les accions que s'inscriuen dins d'aquest àmbit a la Universitat d'Andorra.

Dins d'aquest apartat, un dels primers conceptes per explorar és la relació entre les preferències temàtiques vinculades a la salut dels diferents col·lectius i la percepció que aquests grups tenen sobre les activitats programades per la pròpia institució. En aquest sentit, el 27.7% dels subjectes enquestats han detectat la necessitat intrínseca de vetllar i promoure accions per fomentar i mantenir un estat de benestar psicològic adequat. Aquest argument és recolzat per diversos autors de manera recurrent en estudis de cohorts, longitudinals i de seguiment (Hutchesson et al., 2023; Lemyre et al., 2023; Sanci et al., 2022) sobretot després de la pandèmia Covid-19, en el que la crisi de problemes de salut mental s'ha vist agreujada a nivell mundial (WHO, 2022), fins i tot en països no industrialitzats.

Un segon aspecte categòric que ha estat ressaltat pels subjectes enquestats és la consideració d'accions per promoure l'exercici físic (21.05%) i la salut laboral (18.80%). De manera particular, l'activitat física i la pràctica d'exercici regular són dos activitats essencials per gaudir d'un estil de vida positiu. Segons l'OMS, les intervencions destinades a augmentar l'activitat física en qualsevol grup etari són actuacions de promoció de la salut sostenibles en el temps amb un impacte favorable a diferents condicions del benestar (Bull et al., 2020). A aquest respecte, els diferents subjectes participants a l'estudi han etiquetat les accions realitzades pels organismes responsables la universitat per promocionar l'activitat física, i en consonància de la salut mental com circumstancials o "temporals". Si bé en l'anàlisi de les percepcions sobre les accions de promoció de la salut a la UdA els diferents perfils enquestats han assenyalat un conjunt d'activitats, com del Servei d'Orientació i Coaching (SOC) a l'estudiantat i els treballadors i treballadores per abordar problemes relacionats amb l'estabilitat emocional o descomptes al gimnàs, de mitjana, el grau de satisfacció amb les accions proposades per la mateixa institució és neutral.

Aquesta observació, també vàlida de manera parcial les troballes relacionades amb els baixos nivells de participació de les accions de promoció de la salut, i el grau de satisfacció de l'estudiantat i del personal acadèmic i el personal tècnic i de serveis amb les iniciatives realitzades a la UdA. En l'apartat anterior d'aquesta secció ja hem fet menció a la qüestió dels nivells de participació i la naturalesa democràtica de les UPS, els quals cal tenir presents a l'hora de dissenyar intervencions exitoses en el context universitari.

De manera sorprenent amb les troballes esperades, els problemes relacionats amb el consum d'alcohol no són percebuts com un tòpic prioritari al que la universitat hagi d'atendre en primera instància. En l'anàlisi dels problemes de salut que afecten amb major prevalença els estils de vida de l'estudiantat universitari, el consum d'alcohol ocupa una posició preferencial. Com han assenyalat alguns autors, el consum excessiu de begudes alcohòliques s'associa amb un baix rendiment acadèmic, amb problemes amb els companys i problemes de salut mental (Hingson et al., 2005; Ong et al., 2021; Wechsler et al., 2000).

Pel que fa a la importància d'incloure accions de promoció de la salut en els diferents cursos acadèmics, existeix entre els membres participants la percepció compartida de fomentar amb major intensitat accions de promoció de la salut durant el primer curs dels estudis. Endemés de les anàlisis efectuades, en aquest cas es dona un efecte més elevat ($p=.068$) al contrastar la importància de la promoció de la salut per àmbit d'estudi, el que aniria en consonància amb l'argument efectuat per Elsborg et al. (2017), segons el qual les persones afiliades a cursos afins amb les ciències de la salut presenten major sensibilització envers les problemàtiques associades als temes de salut i de benestar en comparació amb l'estudiantat de cursos no relacionats amb aquestes àrees. Així mateix, des d'un punt de vista quantitatiu, aquests resultats coincideixen amb l'estudi elaborat per l'OMS amb membres del col·lectiu de l'estudiantat de primer any de vuit països en els que s'avaluaren la magnitud i la naturalesa dels problemes emocionals conjuntament amb el seu impacte en la vida acadèmica i les dificultats experimentades per buscar tractament (Cuijpers et al., 2019).

Des d'una vessant exploratòria, la identificació dels factors que són percebuts pels membres de la comunitat universitària com a elements limitadors en la implementació organitzativa d'un projecte d'UPS presenta diverses accepcions. D'una banda, la categoria factors principal agrupa variables que són recollides en el treball de Suárez-Reyes et al. (2021), com la falta de recursos econòmics i humans, la mancança d'una estructura estable de gestió que s'encarregui de coordinar les iniciatives pròpies i els constrenyiments derivats de les característiques físiques de la universitat. Aquest últim component, de naturalesa idiogràfica, presenta significats ambivalents car les dimensions de la institució ha estat assenyalat com un factor positiu que fomenta la proximitat i l'adhesió als valors de la empresa.

El segon factor, altres dimensions, agrupa variables més àmplies com el context social, el context polític i el valor assignat a la universitat. A efectes pràctics, cabria interpretar els resultats d'aquesta investigació de manera integrada amb el conjunt de respostes enregistrades a la resta de l'enquesta. És a dir, que relacionant-ho amb els nivells de participació i el grau de satisfacció amb les accions de promoció de la salut, seria factible contextualitzar les dades qualitatives obtingudes en aquest reactiu per hipotetitzar una possible relació entre les mateixes. De manera genèrica, un dels reptes majors que presenten les UPS és la incorporació de tòpics relacionats amb la promoció de la salut en

graus acadèmics diferents a les ciències de la salut, així com l'adjunció de temàtiques que afecten a l'estat de salut i de benestar en els plans curriculars dels estudis sanitaris (Lenucha i Mohindra, 2014). A aquest respecte, existeixen algunes evidències empíriques d'estudis que han analitzat l'impacte de la creació d'un currículum de promoció de la salut en l'experiència educativa de tots els agents implicats, incloent- hi el professorat i l'estudiantat (Coffey i Coufopoulos, 2010; Ruano-Casado i Ballestar-Tarín, 2015), ratificant els principis col·lectius enunciats en la Carta d'Okanagan (2015).

La narrativa salubrista de la universitat elaborada pels subjectes enquestats, és entesa pels seus membres com un reducte tradicional i d'un projecte nou per descobrir. Com han contemplat diversos autors en referència a les funcions del context universitari des del paradigma de la promoció de la salut (Arroyo, 2018; Doherty i Dooris, 2005; Dooris et al., 2019; Newton et al., 2016), la perspectiva dels entorns saludables transgredeix la visió individualista tradicional i considera el context en el seu conjunt com un determinant de la salut (Kokko et al., 2014). Des d'aquesta perspectiva, la voluntat de les universitats d'esdevenir entorns promotors de la salut implica assumir un conjunt de responsabilitats polítiques per generar una cultura de promoció de la salut en les diferents àrees del campus i el conjunt comunitari per mitjà de la integració de la salut en les estructures i els processos de la institució.

La distintivitat de la universitat, la proximitat amb el professorat i les característiques físiques del centre han mostrat la seva incidència en la configuració d'un sentiment d'identitat propi. Si bé alguns aspectes psicoambientals externs a les directrius constitutives de l'estratègia d'UPS, com la identificació amb el lloc- *place identity* (Proshansky et al., 1983) o el vincle amb el lloc – *place attachment* (Low i Altman, 1992) no han estat considerades variables d'anàlisi en cap de les propostes conceptuals d'Universitats Promotores de la Salut elaborades fins al present, la seva rellevància en l'explicació dels processos participatius i la percepció de l'estat de benestar ha estat corroborada en altres contextos d'estudi (Khan et al., 2016).

Finalment, la darrera qüestió incorporada a l'enquesta ens ha conferit la possibilitat de conèixer des de dins els factors o els recursos presents a la universitat que contribueixen favorablement a la millora i el manteniment de l'estat de salut i de benestar de tots els membres de la comunitat. Des d'un punt de vista estrictament procedimental, l'estratègia

utilitzada per interpel·lar als subjectes participants sobre els actius en salut de la UdA ha respòs a una circumstància de conveniència. Respectant la naturalesa descriptiva-exploratòria de l'estudi, en el disseny de la proposta vàrem contemplar algunes de les directrius conceptuals delineades per Botello et al. (2013) i Cofiño et al. (2016) limitant la intervenció a una pregunta oberta. Aquest mètode, si bé no compleix de manera literal amb algunes de les pautes participatives pròpies de la nova orientació en temes de salut, ha introduït un nou heurístic metodològic viable per donar resposta als darrers dos objectius específics de la recerca.

La qüestió de la inclusió de la proposta dels actius en salut en l'estratègia de les UPS ha rebut poca atenció. En certa forma, els actius en salut i les bases del Moviment d'Universitats Promotores de la Salut, enteses com a dos components de la transformació positiva del paradigma de la promoció de la salut, encara es troba en fase de contrastació empírica. D'una banda, existeixen alguns escrits en la literatura que intenten demostrar les sinèrgies entre la proposta dels actius en salut amb la teoria salutogènica (Pérez-Wilson et al., 2021) per mitjà de la integració dels conceptes d'aquesta darrera en el desenvolupament organitzatiu. Per altra banda, en el pol oposat de la interpretació del problema, el desenvolupament de l'estratègia dels actius en salut ha disposat un conjunt de directrius per desenvolupar iniciatives en diferents contextos basat en aquest model (Garipe et al., 2022). En el context universitari de manera específica, fins al moment només s'han detectat tres publicacions al respecte, una elaborada en una institució d'ensenyança superior a Xilè (Pérez-Wilson et al., 2022) i les altres dues en universitats privades espanyoles (Sandín et al., 2023; Valera-Gran et al., 2022).

Els resultats de la consulta sobre els actius en salut a la UdA han desvetllat 31 recursos o factors, la majoria dels quals estan orientats al benestar col·lectiu, els quals són percebuts com dispositius favorables a la síntesi d'un entorn emocional positiu. Els participants han valorat els recursos físics per fomentar l'intercanvi d'experiències i contribuir al sentiment de pertinença a l'organització. Així mateix, les proporcions físiques de la universitat i la ràtio alumnat-professorat assisteixen a la proximitat en les relacions entre posicions dins de la comunitat universitària constituint-se com un element clau del capital social de l'organització. Les dades identificades coincideixen de manera parcial amb el mapa d'actius elaborat per Pérez-Wilson et al. (2022) a la Universitat de la Concepción,

en el que els espais col·lectius i les polítiques públiques de la pròpia institució afavoreixen la participació i estimulen el sentiment de pertinença amb el grup local.

La interpretació d'aquests resultats, si bé ens proporciona una orientació parcial dels recursos beneficiosos característics de la UdA, permet insinuar i recuperar la necessitat d'incloure objectes d'estudi externs a la promoció de la salut per comprendre els mecanismes mitjançant els quals les persones que cohabiten en el context particular que representa la universitat prenen decisions saludables, i com la mateixa proporciona els recursos necessaris a tal efecte. La identificació i el mapeig d'aquests actius a la universitat aporta al sistema de gestió organitzativa la possibilitat de comptar amb una xarxa de suport que faciliti la vinculació dels membres de la comunitat amb el context físic, i, en conseqüència, fomenti la presa de decisions saludables. En aquest sentit, l'ús d'aquesta estratègia possibilita als individus que freqüenten una determinada àrea geogràfica o institució conèixer amb major grau de profunditat les riqueses pròpies del centre i re-significar el context que habiten (DyckFehderau et al., 2013).

En un sentit més ampli i recuperant la relació entre el capital social i l'estat de salut de la comunitat (Kawachi, 1999), considerem que caldria aprofundir en una major recerca teòrica i experimental per poder difondre una imatge més àmplia de l'estratègia dels entorns saludables. Una conclusió que se'n deriva de l'exercici de recerca és la necessitat latent d'eixamplar el marc d'Universitats Promotores de la Salut per considerar la vinculació de la idea original amb altres contribucions afins, com la metodologia dels actius en salut, i fomentar el disseny d'estudis empírics per provar la correspondència hipotètica d'aquestes relacions.

Respecte al valor social de la recerca, en l'apartat introductori ens referíem a la voluntat científica de la present com la d'una possibilitat de desplegar conceptual i empíricament una revisió i estudi de cas de l'estratègia de les UPS en un context desconegut. En general, tot considerant la triangulació de les dades proveïdes per les tres aproximacions metodològiques, podem parlar emprant al·lusions figuratives de les UPS com una necessitat i un imperatiu moral. És evident que les funcions de la universitat estan supeditades a la síntesi i transferència del coneixement, però no és menys erroni considerar el rol civil i social que desenvolupen les mateixes en tant que responsables parcials de les generacions futures de persones treballadores i éssers de món. En aquest sentit, i de manera quasi retroactiva recuperant la visió positiva del paradigma de la promoció de la salut, vetllar pel benestar i l'estat de salut de la comunitat implica

recuperar l'accepció original anunciada en la Carta d'Ottawa que advoca per una responsabilitat compartida.

En suma, hem contrastat empíricament els objectius definits a l'inici de la recerca des de la combinació metodològica i la reflexió crítica. A mode de síntesi, a continuació exposem les principals contribucions del present treball així com les conclusions més rellevants.

5.5. Contribucions teòriques

La present investigació, endemés d'ampliar el coneixement sobre els preceptes conceptuals del constructe Universitat Promotora de la Salut, ha identificat i analitzat, emparant-se en els estudis de l'aproximació qualitativa, de quina manera les universitats adscrites a la XVU poden esdevenir universitats promotores de la salut.

Analitzant de manera idiosincràtica el nombre d'universitats que presenten un projecte institucional reconegut d'UPS a l'interior de la XVU, la meitat dels centres d'ensenyament (n=50%) disposen d'un reconeixement distintiu que reconeix el compromís de la universitat amb la promoció de la salut. Aquestes dades, aparentment beneficioses, són concordants amb les aportades per Dooris i Doherty (2010a) en el sondatge realitzat en institucions del Regne Unit en el qual 28 de les 64 institucions d'educació superior que respongueren a l'enquesta manifestaren disposar d'una iniciativa d'universitat saludable. En aquest sentit, les evidències indiquen que, malgrat establir un directori de treball autònom per desenvolupar el projecte d'universitat saludable o UPS, el constrenyiment administratiu limita el nombre de recursos estructurals i de treball els quals incideixen directament en el tractament i les oportunitats d'organització d'accions concretes. Considerar i diferenciar els diferents factors que regulen el marc d'actuació del projecte saludable de la universitat és una altra dimensió que les institucions han de valorar en el disseny de la iniciativa. Elements organitzatius com el suport polític, l'establiment d'un òrgan de gestió i coordinació o els recursos econòmics són alguns dels components que poden predir l'èxit de la iniciativa (Suárez-Reyes i Van den Broucke, 2021), mentre que les limitacions de temps i la sobrecàrrega de treball poden dificultar la implementació (Sirakamon et al., 2011).

En relació amb aquesta darrera proposició, la voluntat manifestada per part dels diferents representants de fomentar pràctiques saludables dins de la universitat, s'ha associat en la literatura amb baixos percentatges de participació comunitària (Suárez-Reyes i Van den Broucke, 2023). En aquest sentit, fomentar i garantir canals participatius dins de l'estratègia d'UPS resultarà en una operació necessària per consolidar les bases del procés.

La creació d'una proposta de model perquè la Universitat d'Andorra esdevingui una institució promotora de la salut ha sigut una altra de les contribucions destacables d'aquest estudi. En l'última dècada, tal i com assenyalen els resultats de la revisió bibliogràfica efectuada en primera instància, l'interès per traslladar els principis conceptuals de l'estratègia dels entorns saludables al context universitari ha estat objecte d'atenció institucional en diverses àrees geogràfiques del planeta.

Algunes de les propostes empíriques específiques dissenyades en altres universitats per millorar l'estat de salut i de benestar dels diferents col·lectius universitaris, ja siguin els treballadors i treballadores (Innstrandt i Christensen, 2021; Ungvári et al., 2021) com pel gruix de l'estudiantat (Ferreira et al., 2018) serveixen de base teòrica per a la planificació i l'execució del model local. Abordar de manera integrada la dialèctica entre la retòrica i les necessitats pràctiques distintives del context universitari andorrà requereix de coneixements específics, per una banda i de compromisos a tots els nivells, des de l'esfera institucional fins a la predisposició individual, que atenguin a la voluntat d'incloure a la promoció de la salut com un vehicle catalitzador del compromís institucional amb l'estat de salut de la comunitat en el seu conjunt (Dooris, 2022). Tenint en compte tot lo anterior, la base de coneixement elaborada ha permès, i en perspectiva anhela servir com a evidència científica per fomentar el disseny de projectes i d'accions compromeses amb la pràctica dels sabers que aglutina el paradigma de la promoció de la salut.

5.6. Contribucions metodològiques

Respectant la complexitat de l'objecte d'estudi, la vessant empírica d'aquesta investigació s'ha estructurat en tres aproximacions metodològiques disjunts però complementàries. D'acord amb Creswell i Plano Clark (2011), el plantejament *mixed methods* o mètodes mixtes és una estratègia eficaç per adreçar qüestions de recerca complexes mitjançant la combinació de mètodes qualitius i quantitatius. Com mostren

els resultats de la revisió efectuada per Tariq i Woodman (2013), la utilització d'aquesta metodologia ha experimentat una evolució conceptual que ha transformat la *complementarietat* en la *integració* de les tècniques.

La combinació integrada d'aproximacions metodològiques aparentment complementàries en l'àmbit de les ciències de la salut, ha resultat esdevenir en un instrument idoni per superar les limitacions de cada una de les tècniques per separat (Anguera et al., 2018). En el cas concret de la nostra recerca, l'ús de les entrevistes semiestructurades amb diferents representants estratègics de cada una de les universitats participants en aquesta fase de l'estudi, ha possibilitat la identificació d'una sèrie d'elements que caracteritzen tant la dimensió teòrica com pràctica del constructe UPS. En publicacions anteriors (Dooris et al., 2020), la tècnica de l'entrevista ha estat emprada per conèixer les percepcions de diferents elaboradors de polítiques i responsables d'universitats britàniques en relació a la implementació d'alguns dels principis del Moviment d'UPS al Regne Unit.

Així mateix, i de manera correlativa amb les avantatges atribuïdes a la integració de tècniques metodològiques en un mateix estudi, l'ús dels grups focals com a catalitzador de les experiències de diferents representants dels col·lectius universitaris ens ha permès confrontar i analitzar les respostes de manera conjunta. Al respecte d'aquesta estratègia, si bé alguns autors com Coffey i Coufopoulos (2009) utilitzaren el grup focal per identificar les reflexions de l'estudiantat en relació a l'elaboració d'un mòdul específic en promoció de la salut, poques han estat les publicacions que hagin incorporat de manera integrada veus dels diferents col·lectius universitaris en el mateix grup²⁵.

De manera estructurada, la contribució metodològica de la present investigació es presenta en la llista següent:

1. La realització de la recerca bibliogràfica (*scoping review*) mitjançant la combinació de les paraules clau ha possibilitat la identificació i tractament de les característiques

²⁵ En el treball empíric de Pérez-Wilson et al. (2022), els autors utilitzen la tècnica dels grups focals com a mitjà per confrontar les percepcions de l'estudiantat amb la dels elaboradors de polítiques i personal investigador. De manera similar, Sedghi et al. (2023) realitzaren 39 entrevistes amb diferents divisions de la comunitat universitària amb la finalitat d'identificar les estructures encarregades d'incloure accions de promoció de la salut.

tant conceptuals, com de les estratègies metodològiques emprades en els estudis empírics del Moviment d'Universitats Promotores de la Salut.

2. Una altra de les aportacions innovadores d'aquest estudi és la incorporació de manera estructurada de tres aproximacions metodològiques complementàries. La confecció del guió de les entrevistes i dels grups focals en funció dels atributs conceptuals del constructe UPS ha resultat apropiat per examinar de manera integrada diferents dimensions de l'operativització del mateix tot considerant la pluralitat de participants d'acord amb les diferents dades despreses de la revisió realitzada en la fase anterior.
3. La tercera contribució metodològica rellevant és el disseny d'un instrument quantitatiu de recollida de les percepcions que ens ha permès copsar els coneixements i les necessitats de diferents col·lectius que conviuen en el context universitari. Les dades despreses d'aquesta fase possibilitarà a les institucions reflexionar sobre el seu compromís vers la promoció de la salut i plantejar accions de millora per atendre a les necessitats reportades pels diferents subgrups.
4. Al tractar-se d'una eina metodològica confeccionada de manera exclusiva per al cas de l'estudi empíric, previ a l'administració de l'enquesta nou experts en àrees de coneixement afins a les ciències de la salut van avaluar tres dimensions (adequació, claredat i pertinença) de l'instrument per verificar quantitativament la qualitat del mateix.
5. Finalment, la incorporació del constructe dels actius en salut en el qüestionari auto-administrat ha obert la possibilitat de conèixer des de dins els factors i els recursos presents en el context de la UdA que poden esdevenir determinants de canvi en el manteniment i la millora de l'estat de salut i de benestar de la comunitat. Malgrat el tractament atorgat a aquesta variable ha estat més aviat descriptiu que no pas procedimental, la seva consideració en el plantejament metodològic de la present tesi obre nous esquemes de futur, tant conceptuals com d'intervenció empírica.

5.7. Limitacions

Aquesta tesi doctoral no està exempta de limitacions. Per facilitar-ne la comprensió, i seguint l'estructura del disseny metodològic emprat en la part empírica del treball, a continuació es mencionaran algunes dificultats que precisen de ser comentades en funció de les tres aproximacions desenvolupades en l'estudi.

En primer lloc, la revisió exhaustiva (*scoping review*) de la literatura realitzada en un primer moment ha estat circumscrita a l'ús dels termes “Healthy Universities” i “Health Promoting Universities” com a paraules clau en el motor de cerca. La inclusió d'aquestes paraules en l'equació pretenia identificar aquelles publicacions relacionades directament amb l'objecte d'estudi. Malgrat tot, l'omissió de conceptes afins com la paraula anglesa “college” o “higher education”, per referir al sistema d'educació superior, de manera individual o de forma combinada amb els mots anteriors podria haver resultat en un nombre de publicacions diferents. En l'exercici de cerca bibliogràfica realitzada s'han inclòs articles publicats en la franja del 1997 al 2022, mentre que en una revisió anterior realitzada per Suárez-Reyes i Van den Broucke (2016) els autors restringiren la revisió en treballs publicats abans del 2016. Tot i que l'abast de la revisió efectuada pot ser limitat degut a l'estratègia restrictiva de cerca, els models i les teories identificades en el treball proporcionen una visió global de la caracterització del constructe UPS.

De manera paral·lela a les possibles contingències assenyalades en el paràgraf anterior, la cerca bibliogràfica realitzada presenta una segona limitació. La revisió no inclou informes de treball ni dissertacions acadèmiques ni documents declaratoris. Atenent a les nombroses trobades internacionals i conferències especialitzades sobre la temàtica realitzades fins al present, la quantitat de comunicacions divulgades en canals externs a les revistes revisades per parells pot ser igualment notòria. En aquest sentit, podrien convergir algunes llacunes conceptuals entre els resultats articulats en la revisió i les publicacions divulgades en la literatura grisa.

En relació a l'aproximació qualitativa, les limitacions albirades s'orienten a una direcció. Malgrat es varen contactar i mobilitzar recursos institucionals des de la XVU per tal d'afavorir la difusió i adhesió de les universitats membres a l'estudi en diverses ocasions durant dos anys naturals (2022-2024), la participació dels responsables de l'estratègia saludable de cada una de les institucions educatives ha estat més aviat escassa. En total es varen realitzar set entrevistes, mentre que dues universitats van rebutjar explícitament la seva voluntat de participació. Si bé es va precipitar la saturació com a dispositiu analític en l'anàlisi de les dades qualitatives, l'efectuació d'un major nombre de contactes de diferents regions de la costa mediterrània hagués pogut esdevenir en una major riquesa de contingut de les mateixes.

Finalment, pel que fa a l'aproximació quantitativa les dificultats apuntades en el reclutament de les vint-i-dues universitats de la XV ha convertit els objectius iniciàtics d'incloure al màxim nombre d'institucions en un estudi de cas de la realitat de la UdA. L'administració de l'enquesta dissenyada en els diferents cursos de primer cicle universitari i en el col·lectiu dels treballadors i les treballadores ha possibilitat la identificació d'un conjunt de percepcions valuoses en relació a la promoció de la salut a la universitat del país dels Pirineus. D'aquesta manera, els resultats analitzats han d'ésser interpretats en el context local, limitant l'extracció de conclusions a la UdA podent-se realitzar anàlisis comparatives amb altres universitats en futures línies de recerca.

Amb tot i amb això, les diferents limitacions apuntades en el treball han de servir com a catalitzadors prospectius per seguir fomentant la recerca en aquesta arena de coneixement en el futur immediat.

5.8. Línies futures de treball

De les idees presentades en la secció anterior s'adverteixen alguns temes de recerca que podrien contribuir a la comprensió del concepte d'Universitats Promotores de la Salut, tant a nivell nacional com internacional. Així mateix, de manera conjunta a aquests temes se'n desprenen altres que no són objecte ni conseqüència dels propòsits esgrimits en aquest estudi, però que per la seva rellevància i el seu interès amb altres àrees de la promoció de la salut mereixen ser mencionats.

En primer lloc, cal fer referència a la funció social de la universitat. Els canvis econòmics, l'augment dels moviments migratoris o la inestabilitat en matèria de seguretat física són dimensions donades, en termes sociològics, que poden incidir en l'estat de salut i de benestar de les col·lectivitats. El concepte d'UPS va adoptar en els seus orígens la definició positiva de promoció de la salut enunciada en la Carta d'Ottawa. En el moment present, i reivindicant els supòsits conceptuals atribuïts a la UPS, alguns dels quals hem assenyalat en l'aproximació primera de l'estudi, seria oportú estudiar de quina manera la universitat promotora de la salut tindria la capacitat de contribuir a la reducció de les desigualtats socials dins de la pròpia universitat.

En l'actualitat, s'estima que hi hagin més de 25.000 universitats al món, i més de 235 milions de persones que freqüenten i utilitzen els serveis de les mateixes (UNESCO, 2023). En el context iberoamericà per exemple, el percentatge de persones matriculades en algun dels cursos oferts per alguna institució d'educació superior és significativament inferior en comparació amb altres àrees geogràfiques com el vell continent (Dyvik, 2024). Tot i els avenços empresos en la darrera dècada al sector educatiu universitari, un informe recentment publicat per la UNESCO (UNESCO, 2020) planteja que les institucions d'educació superior de la regió del Carib i d'Amèrica Llatina enfronten grans desafiaments econòmics, socials i educatius, perpetuant la bretxa entre grups socials i augmentant les desigualtats d'oportunitats. A Amèrica Llatina en concret, la taxa bruta de matrícula en cursos formatius reglamentats en les universitats és del 40%, per sota de la mitjana mundial. Així mateix, en la darrera dècada s'ha experimentat un acerb en la proliferació d'institucions de caràcter privat a la regió, un fet que contribueix de manera significativa a l'augment de la polarització entre els "grups elitistes" i la "resta de les masses" (Ezcurra, 2020). El nombre d'oportunitats salarials és un altre dels factors tradicionalment estudiats des de l'òptica acadèmica. L'increment de benestar social i econòmic en el desenvolupament professional s'ha pogut relacionar positivament amb el grau dels estudis formatius de les societats. D'aquesta manera, aquells grups amb més reconeixements acadèmics tenen més probabilitats de gaudir d'una vida saludable en el futur en comparació amb les persones que no disposen de certificats educatius (Busso et al., 2017).

Prenent en consideració les evidències exposades en el paràgraf anterior, apareix la necessitat de continuar dissenyant estudis empírics des d'una perspectiva socioecològica que permeti als elaboradors de polítiques prendre mesures adaptades a les necessitats particulars de cada context que vehiculin la promoció de la salut com una estratègia institucional que millori les condicions de vida de les persones.

De manera paral·lela a la missió política atribuïda a la Universitat Promotora de la Salut, una segona línia de recerca futura que es desprèn dels resultats d'aquesta tesi està relacionada amb una qüestió metodològica estrictament. La promoció de la salut com a paradigma sovint ha estat utilitzada com l'acció o el producte d'una decisió política, i no com un procés en sí mateixa. La gran majoria dels estudis empírics efectuats sota l'etiqueta d'UPS o Universitats Saludables, han estat constituïts sota la influència del

prototip de la prevenció de la malaltia. Bé que la dialèctica entre prevenció i promoció forma part del discurs original en salut pública (Czeresnia, 1999), els preceptes filosòfics-conceptuals que caracteritzen la promoció de la salut en general, i la UPS en particular des d'una perspectiva positiva (Faria et al., 2024), haurien de portar implícites tècniques metodològiques que reflectissin l'essència emancipadora del concepte.

Finalment, considerem oportú repensar els propòsits de l'estratègia trenta anys després de l'inici del Moviment per adaptar-ne les funcions i entronitzar, de manera pràctica, mesures i marcs d'acció conjunts que possibilitin a les institucions interessades incorporar aquells elements d'interès per esdevenir agents promotors de la salut i, en conseqüència de transformació social. Malgrat les diferències existents, en termes de possibilitats entre universitats arreu del món, la UPS hauria de ser impassible als factors purament estructurals, com els recursos monetaris. En el camp de la literatura, i de manera congruent amb els resultats de l'aproximació qualitativa, s'han realitzat esforços per comprendre quins factors poden facilitar o entorpir l'establiment d'una iniciativa d'UPS (Suárez-Reyes i Van den Broucke, 2021). Així mateix, la contemplació de factors geogràfics o aspectes circumdants a l'epidemiologia sociocultural (Hersch-Martínez, 2013) són exemples d'alguns dels components que les activitats de recerca futures hauran d'incorporar de manera progressiva en el seu disseny per continuar avançant en la producció de coneixement en aquesta parcel·la de la salut pública constituïda per dimensions humanes.

Capítol VI. Conclusions

6. Conclusions

Aquesta investigació ha permès ampliar el coneixement sobre el constructe Universitat Promotora de la Salut i la capacitat de les universitats de la XV d'esdevenir entorns promotors de la mateixa. L'elaboració d'una proposta de model adaptada al cas de la UdA possibilita analitzar conceptualment els diferents components, tant estructurals com operatius, que configuren una UPS.

Considerant aquests elements filosòfics-conceptuals i les evidències empíriques reportades en les tres aproximacions, es conclou el següent:

a) Universitat Saludable vs Universitat Promotora de la Salut

1. El constructe Universitat Promotora de la Salut s'ha utilitzat de manera ambivalent i intercanviable amb altres substantius com “universitats saludables” o “entorns saludables”. En la recerca bibliogràfica realitzada, la majoria de publicacions refereixen a les convencions internacionals, i en especial a la Carta d'Ottawa, per conceptualitzar l'essència de l'estratègia salubrista. Si bé des d'una perspectiva històrica els inicis del Moviment d'UPS estan intrínsecament relacionats amb un procés de transformació de les bases ideològiques sobre les funcions i la naturalesa de la salut pública com a paradigma, en el pla teòric existeixen divergències conceptuals en quan a les característiques del projecte pròpiament.
2. Respecte als estudis teòrics en relació a la caracterització del Moviment d'UPS existeix un consens no explícit sobre els preceptes conceptuals sobre el qual es defineix el terme UPS. En línies generals, l'estratègia d'UPS com a paradigma independent està delineada en base a les proposicions enunciades en la Carta d'Ottawa i els principis socioecològics en promoció de la salut. Malgrat sembla haver establert una correspondència entre els plantejaments originals en promoció de la salut i l'estratègia dels entorns saludables aplicada al context universitari, en els estudis analitzats existeixen discrepàncies terminològiques en la definició de les característiques pròpies de la universitat saludable o promotora de la salut.

3. Respecte a les intervencions per promocionar la salut en el context universitari, la meitat dels estudis importats han estat desenvolupats al Regne Unit. Existeix una preeminència per la utilització de metodologia qualitativa, essent la promoció de l'activitat física i l'adquisició d'hàbits alimentaris saludables les dimensions de treball més habituals. Per la seva banda, la inclusió d'accions per avaluar l'impacte de les intervencions executades és escassa, reduint el disseny metodològic a operacions de caràcter descriptiu i exploratori.
4. L'aplicació de la tècnica d'anàlisi del concepte als articles identificats en la revisió exhaustiva de la literatura ens ha permès determinar les característiques teòriques nuclears de l'estratègia d'UPS. De manera succinta, la Universitat Promotora de la Salut és aquella que inclou en les seves estructures polítiques, organitzatives, socials i culturals un compromís per millorar la qualitat de vida i el benestar dels membres de la comunitat universitària mitjançant l'aplicació d'un pla estratègic intersectorial validat per agents externs.

b) Visibilització de les polítiques públiques saludables a la XVU

1. La meitat de les universitats que conformen la XVU disposen d'un projecte d'UPS, però són poques les que comparteixen públicament en els dominis electrònics els eixos de treball de la iniciativa. Així mateix, existeix una alta prevalença en l'adopció del terme "saludable" i "sostenible" per definir el projecte universitari vers la promoció de la salut. La poca claredat conceptual i l'absència d'un model comú que serveixi com a arquetip poden dificultar la materialització dels principis conceptuals de l'estratègia en accions específiques adaptades a cada context particular.
2. De les universitats que disposen d'una iniciativa d'UPS, la major part de les institucions centralitzen els projectes i els lineaments estratègics del projecte universitari en un agent coordinador particular. El 63% de la mostra estudiada realitza accions per promoure el benestar físic i mental mitjançant la realització d'activitats físiques, mentre que la promoció d'activitats i serveis per advertir sobre les conseqüències del consum de substàncies és menys habitual, amb un 22%. Dins de les accions específiques coordinades per les universitats per promoure els diferents ítems de treball en destaquen: la gravació de càpsules informatives, l'elaboració de

decàlegs i comunicacions expositives, i la celebració al campus d'accions concretes per commemorar la festivitat escaient.

c) Les institucions de la XVU com a universitats promotores de la salut

1. En el nivell conceptual, les UXV es poden agrupar en tres clústers o grups homogenis en funció de les característiques del seu programa institucional d'UPS. El *clúster 1*, anomenat “Universitats Promotores de la Salut incipients”, està integrat per 15 universitats de tipologia diversa que desenvolupen gran part de les iniciatives enunciatades mitjançant accions concretes i puntuals, la majoria d'elles sense col·laboracions institucionals robustes amb altres actius de la universitat. El *clúster 2*, conformat per 2 institucions i definit amb el lema “d'Universitats Promotores de la Salut prematures”, refereixen a universitats que si bé expressen públicament la necessitat d'incorporar un pla estratègic de promoció de la salut en l'eix de treball de la universitat, no disposen de cap iniciativa pròpia. Finalment, el *clúster 3* etiquetat amb el terme “Universitats Promotores de la Salut sòlides”, el conformen 5 universitats públiques que disposen d'un pla estratègic de treball i un òrgan gestor de les accions en matèria de promoció de la salut.
2. El 71.42% de les universitats participants a l'estudi qualitatiu disposa d'un programa institucional d'universitat saludable o Universitat Promotora de la Salut. En el nivell pràctic, el nombre d'institucions que assegura posseir una planificació estructurada de les accions incloses en el pla universitari és significativament menor. Existeix una forta necessitat de reivindicar, des de les estructures de gestió i organització, la importància de validar metodològicament les intervencions dispostes en el pla d'actuació per regularitzar i monitoritzar l'impacte sobre l'estat de salut i de benestar de les diferents activitats planificades per les universitats.
3. La falta d'integració de l'estructura coordinadora del projecte d'UPS dins de l'organigrama institucional dificulta l'execució del compromís de la universitat vers la promoció de la salut. Alguns dels factors constringents de la iniciativa universitària salubrista identificats en l'estudi són la manca de recursos econòmics, materials i humans; la desarticulació de les funcions de l'agent responsable del projecte amb les

responsabilitats de les altres estructures de l'organització o el desproveïment de suport polític constant.

d) El cas de la UdA

1. Malgrat el desconeixement generalitzat en relació al Moviment d'Universitats Promotores de la Salut, el context universitari de la Universitat d'Andorra proporciona un espai físic ideal per incloure estratègies de promoció de la salut i el manteniment de la percepció de benestar. L'anàlisi de les diferents opinions reportades pels representants dels diferents col·lectius que integren la comunitat universitària delineen un conjunt de necessitats i fortaleeses identificades pròpies del context d'aquesta institució. Entre els reclams de millora advertits pel grup de l'estudiantat en destaquen la inclusió d'accions i activitats per promocionar el benestar psicològic i la salut mental, mentre que la contemplació d'iniciatives per millorar les condicions de productivitat associades a la salut laboral resulta primordial pel personal docent i investigador, i el personal de gestió i serveis.
2. Diferents membres enquestats han identificat diferents factors o recursos, tant físics com institucionals, que són percebuts positivament en la generació i el manteniment de l'estat de salut i de benestar. De manera particular, hem classificat els actius en quatre grans categories. A saber: 1 actiu individual, 13 actius col·lectius, 8 actius institucionals, 7 actius de l'entorn físic i 2 actius que hem anomenat transculturals. Totes les troballes identificades haurien de permetre als elaboradors de polítiques repensar el compromís de la UdA amb la promoció de la salut i dissenyar plans d'actuació sustentats en l'evidència i les necessitats idiosincràtiques d'aquest context únic.

7. Referències bibliogràfiques

Abercrombie, N., Gatrell, T., & Thomas, C. (1998). Universities and Health in the twenty-first century. In A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action* (pp. 33-40). World Health Organisation.

Acheson, D. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health: report*. HMSO.

Ackoff, R., & Robin, S. (2003). *Redesigning society*. Stanford Business Books.

Adkins, J. A. (1999). Promoting organizational health: The evolving practice of occupational health psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(2), 129–137. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.2.129>

Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesney, M. A., Folkman, S., & Syme, S. L. (1993). Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. *JAMA*, 269(24), 3140–3145.

Adler, N. E., Glymour, M. M., & Fielding, J. (2016). Addressing Social Determinants of Health and Health Inequalities. *JAMA*, 316(16), 1641–1642. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.14058>

Adorno, T., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D., & Sanford, R. (1950). *The Authoritarian Personality*. Norton.

Aljehani, A. M., Banjar, S. A., Alshehri, G. A., Alnojaidi, T. F., Alkhamash, S. M., Almomen, F. A., Alolayan, O. K., Bagazi, G. A., & Bamhair, A. S. (2022). Association of Academic Performance With Obesity and Unhealthy Lifestyle Among Female University Students. *Cureus*, 14(1), e21561. <https://doi.org/10.7759/cureus.21561>

Alvarez-Dardet, C., & Ruiz Cantero, M. T. (2011). Patrimonio de salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas? [Assets health model: are possible salutogenic policies?]. *Revista española de salud pública*, 85(2), 123–127. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011000200001>

Alvira, F. (2011). *La encuesta: una perspectiva general metodològica* (2nd ed.). Centro de Investigaciones Sociológicas.

Amanchukwu, R., Stanley, G., & Ololube, N. (2015). A Review of Leadership Theories, Principles and Styles and Their Relevance to Educational Management. *Management*, 5, 6-14. <https://doi.org/10.1108/10878571311290016>

Andersen, R., & Mullner, R. (1990). Assessing the health objectives of the nation. *Health affairs (Project Hope)*, 9(2), 152–162.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.9.2.152>

Andersen, H., & Mayerl, J. (2017). Social Desirability and Undesirability Effects on Survey Response latencies. *BMS: Bulletin of Sociological Methodology / Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 135, 68–89.

Anguera, M. T., Blanco-Villaseñor, A., Losada, J. L., Sánchez-Algarra, P., & Onwuegbuzie, A. J. (2018). Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name? *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, 52(6), 2757–2770. <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2>

Antonopoulou, M., Mantzorou, M., Serdari, A., Bonotis, K., Vasios, G., Pavlidou, E., Trifonos, C., Vadikolias, K., Petridis, D., & Giaginis, C. (2020). Evaluating Mediterranean diet adherence in university student populations: Does this dietary pattern affect students' academic performance and mental health?. *The International journal of health planning and management*, 35(1), 5–21.
<https://doi.org/10.1002/hpm.2881>

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1990). A Somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress medicine*, 6, 71-80.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., & Wijsenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry*, 6(4), 186–193. <https://doi.org/10.1007/BF00578367>

Antonovsky, A., & Sagy, S. (2016). Aaron Antonovsky, the Scholar and the Man Behind Salutogenesis. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis*. (pp. 15–23). Springer.

Archea, J. C. (1985). Environmental factors associated with stair accidents by the elderly. *Clinics in geriatric medicine*, 1(3), 555–569.

- Arroyo, H. (2012). La contribución de las redes de promoción de la salud y educación para la salud en América Latina. En D. Juvinyà-Canal & H. Arroyo (Eds.), *La promoción de la salud 25 años después* (pp. 115-140). Documenta universitària.
- Arroyo, H. (2013). *El Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud: Conceptuación y Práctica*. Universidad de Puerto Rico.
- Arroyo, H. (2017). Mirada al Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud. *Horizonte Sanitario*, 16(3), 149-151.
- Arroyo, H. (2018). El movimiento de universidades promotores de la salud. *Revista Brasileira em Promoção da saúde*, 31(4), 1-4.
- Arroyo, H., & Cerqueira, M.T. (1996). El Surgimiento del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud. *Promotion & Education*, 3(4), 50-52.
- Arroyo, H. & Rice, M. (2009). *Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud en las Américas*. Documento de trabajo desarrollado para el IV congreso internacional de universidades promotoras de la salud. Puerto Rico. Organización Panamericana de la Salud.
- Arroyo-Acevedo, H., Durán Landazabal, G., & Gallardo Pino, C. (2015). Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) [Ten years of the movement of universities promoting the health of Latin America and the contribution of the red iberoAmerican platform of Universities Promoting the Health of Latin America]. *Global health promotion*, 22(4), 64–68.
<https://doi.org/10.1177/1757975914547548>
- Ashton, J. (1991). The Healthy Cities Project: a challenge for health education. *Health education quarterly*, 18(1), 39–48. <https://doi.org/10.1177/109019819101800105>
- Ashton, J. (1998). The historical shift in public health. In A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson and M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action* (pp.5-10). World Health Organisation.
- Attwood, M., Pedler, M., Pritchard, S., & Wilkinson, D. (2003). *Leading change: A guide to whole systems working*. The Policy Press.
- Awofeso, N. (2004). What's new about the "new public health"? *American journal of public health*, 94(5), 705–709. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.5.705>

Bakieva, M., Jornet J. M., & González-Such, J. (2019). Evidencias de validez interna de un instrumento para evaluar la colegialidad docente. *Revista Electrónica de Investigación Educativa (REDIE)*, 21, 1 - 12.

Ball, H. L. (2019). Conducting Online Surveys. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 35(3), 413–417.
<https://doi.org/10.1177/0890334419848734>

Balfour, J. L., & Kaplan, G. A. (2002). Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County Study. *American journal of epidemiology*, 155(6), 507–515. <https://doi.org/10.1093/aje/155.6.507>

Bambra, C., & Lynch, J. (2021). Welfare Chauvinism, Populist Radical Right Parties and Health Inequalities Comment on "A Scoping Review of Populist Radical Right Parties' Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe". *International journal of health policy and management*, 10(9), 581–584.
<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.149>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Barić, L. (1993). The Settings Approach—Implications for Policy and Strategy. *Journal of the Institute of Health Education*, 31(1), 17-24.

Barić, L. (1994). *Health Promotion and Health Education in Practice: Module 2-The Organisational Model*. Barns Publications.

Bar Ilan, D., Reingewertz, Y., & Baron-Epel, O. (2021). Healthy cities and self-reported health: evidence from Israel. *Global health promotion*, 28(3), 41–49.
<https://doi.org/10.1177/1757975920984212>

Barker, D.J.P. (1994). *Mothers, babies and disease in later life*. BMJ Publishing.

Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theory, Concepts and Methods*. Polity Press, Cambridge.

Basaglia, F. O. (1986). The changing culture of health and the difficulties of public health to cope with it. In: *Vienna Dialogue on Health Policy and Health Promotion—Towards a New Conception of Public Health, Eurosocal Research and Discussion Papers*, European Social Development Programme, WHO.

- Bauer, G., Davies, J. K., & Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health promotion international*, 21(2), 153–159. <https://doi.org/10.1093/heapro/dak002>
- Bauer, G. F., & Jenny, G. J. (2012). Moving towards positive organizational health: Challenges and a proposal for a research model of organizational health. In J. Houdmont, S. Leka, & R. R. Sinclair (Eds.), *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice* (pp. 126–145). Wiley.
- Baum, F. (2016). *The New Public Health* (4th ed.). Oxford University Press.
- Beattie, A. (1998). Action learning for health on campus: muddling through with a model?. In A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson and M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action* (pp.45-56). World Health Organisation.
- Beauchamp, D. E. (1976). Public health as social justice. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 13(1), 3–14.
- Becerra Heraud, S. (2013). Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología (PUCP)*, 31(2), 287-314.
- Beckhard, R. (1969). *Organization Development: Strategies and Models*. Addison-Wesley.
- Bennett, L. M., & Gadlin, H. (2012). Collaboration and team science: from theory to practice. *Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research*, 60(5), 768–775. <https://doi.org/10.2310/JIM.0b013e318250871d>
- Benz, C., Bull, T., Mittelmark, M., & Vaandrager, L. (2014). Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. *Global health promotion*, 21(4), 16–23. <https://doi.org/10.1177/1757975914528550>
- Benzeval, M., Judge, K., & Whitehead, M. (1995). *Tackling inequalities in health: An agenda for action*. London: King's Fund Publishing.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrorrtu editores.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of epidemiology*, 109(2), 186–204. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>

- Berkman, L.F., & Breslow, L. (1983). *Health and ways on living; The Alameda county study*. Oxford University Press.
- Berkman, L., & Kawachi, I. (2000). *Social Epidemiology*. Oxford University Press.
- Bertholet, N., Schmutz, E., Studer, J., Adam, A., Gmel, G., Cunningham, J. A., McNeely, J., & Daeppen, J. B. (2023). Effect of a smartphone intervention as a secondary prevention for use among university students with unhealthy alcohol use: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 382, e073713. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073713>
- Best, A., Moor, G., Holmes, B., Clark, P. I., Bruce, T., Leischow, S., Buchholz, K., & Krajnak, J. (2003). Health promotion dissemination and systems thinking: towards an integrative model. *American journal of health behavior*, 27 Suppl 3, S206–S216. <https://doi.org/10.5993/ajhb.27.1.s3.4>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O., 2nd (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports (Washington, D.C : 1974)*, 118(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
- Bergmann, C., Muth, T., & Loerbroks, A. (2019). Medical students' perceptions of stress due to academic studies and its interrelationships with other domains of life: a qualitative study. *Medical education online*, 24(1), 1603526. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1603526>
- Bispo Júnior, J. P. (2022). Social desirability bias in qualitative health research. *Revista de saude publica*, 56, 101. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164>
- Blaxter, L., Hughes, C., & Tight, M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Colección Herramientas Universitarias. Gedisa.
- Blazer D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American journal of epidemiology*, 115(5), 684–694. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113351>
- Booth, B., & Ritchie, B. (1998). Foreword. In A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action* (pp.III-IV). World Health Organisation.
- Borrell, C., Domínguez-Berjón, F., Pasarín, M. I., Ferrando, J., Rohlfs, I., & Nebot, M. (2000). Social inequalities in health related behaviours in Barcelona. *Journal of epidemiology and community health*, 54(1), 24–30. <https://doi.org/10.1136/jech.54.1.24>

- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro [Inequalities gender on health: challenges for the future]. *Revista española de salud publica*, 82(3), 245–249. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272008000300001>
- Bosma, H., Marmot, M. G., Hemingway, H., Nicholson, A. C., Brunner, E., & Stansfeld, S. A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 314(7080), 558–565. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.558>
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., Nieto, J., & Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad [Methodology for health assets mapping in a community]. *Gaceta sanitaria*, 27(2), 180–183. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
- Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Gedisa.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Taurus Ediciones.
- Bourdieu, P. (2000). *Poder, Derecho y Clases Sociales* (2nd ed.). Desclée de Brouwer.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss, vol 1: *Attachment*. Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and Loss, vol 2: *Separation*. Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss, vol 3: *Loss*. Hogarth Press.
- Brandt, E. (1983). The Public Health Service's number one priority. *Public Health Rep*, 98(4), 306-307.
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual review of public health*, 32, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports (Washington, D.C : 1974)*, 129 Suppl 2(Suppl 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Bravo-Valenzuela, P., Cabieses, B., Zuzulich, M. S., Muñoz, M., & Ojeda, M. (2013). Glosario para universidades promotoras de la salud [A glossary for health care promoting universities (an HPU glossary)]. *Revista de salud publica (Bogota, Colombia)*, 15(3), 465–477.

- Brennan, J., King, R., & Lebeau, Y. (2004). *The role of universities in the transformation of societies. Synthesis report*. Association of Commonwealth Universities/Open University.
- Brennenstuhl, S., Quesnel-Vallée, A., & McDonough, P. (2012). Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis. *Journal of epidemiology and community health*, 66(5), 397–409. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200277>
- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *JAMA*, 281(11), 1030–1033. <https://doi.org/10.1001/jama.281.11.1030>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568–586. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Brown, D. W. (2009). The dawn of Healthy People 2020: a brief look back at its beginnings. *Preventive medicine*, 48(1), 94–95. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.10.007>
- Brunner, E., Shipley, M. J., Blane, D., Smith, G. D., & Marmot, M. G. (1999). When does cardiovascular risk start? Past and present socioeconomic circumstances and risk factors in adulthood. *Journal of epidemiology and community health*, 53(12), 757–764. <https://doi.org/10.1136/jech.53.12.757>
- Buck, C. (1985). Beyond Lalonde-creating health. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 76 Suppl 1, 19–24.
- Buck, C. (1986). Beyond Lalonde: creating health. *Journal of public health policy*, 7(4), 444–457.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., Lambert, E., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

- Burrell, G., & Morgan, G. (1979). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis: Elements of the Sociology of Corporate Life*. Heinemann.
- Busso, M., Cristia, J., Hincapié, D., Messina, J., & Ripani, L. (2017). *Aprender mejor: Políticas públicas para el desarrollo de habilidades*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Cabero, J., & Llorente, M.C. (2013). La aplicación del juicio de expertos como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). *Eduweb*, 7(2), 11-22.
- Cabrera, R.A. (1976). El fetichismo de la “neutralidad ideológica” [Review of “La ideología de la «Neutralidad ideológica» en las ciencias sociales”], *Problemas Del Desarrollo*, 7(27), 134–136.
- Cabrera, D., Colosi, L., & Lobdell, C. (2008). Systems thinking. *Evaluation and program planning*, 31(3), 299–310. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.12.001>
- Came, H. A., & Tudor, K. (2020). The whole and inclusive university: a critical review of health promoting universities from Aotearoa New Zealand. *Health promotion international*, 35(1), 102–110. <https://doi.org/10.1093/heapro/day091>
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage* (2nd ed.). Appleton.
- Caron, R. M., Noel, K., Reed, R. N., Sibel, J., & Smith, H. J. (2023). Health Promotion, Health Protection, and Disease Prevention: Challenges and Opportunities in a Dynamic Landscape. *AJPM focus*, 3(1), 100167. <https://doi.org/10.1016/j.focus.2023.100167>
- Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior (2005). Disponible a: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/2005_Edmonton_Charter_HPU.pdf
- Casas, J., Repullo, J.R., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-538.
- Catalano, J. (1979). *Health behavior, and the community: An ecological perspective*. Pergamon Press.
- Cawood, J., Dooris, M., & Powell, S. (2010). Healthy universities: shaping the future. *Perspectives in public health*, 130(6), 259–260. <https://doi.org/10.1177/1757913910384055>

Cermakova, P., Formanek, T., Kagstrom, A., & Winkler, P. (2018). Socioeconomic position in childhood and cognitive aging in Europe. *Neurology*, 91(17), e1602–e1610. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006390>

Cerqueira Sousa, I., Fontenelle Catrib, A. M., Teixeira Medeiros, N., Pereira da Silva Godinho, C. C., Ferreira Carioca, A. A., Marinho Holanda, G. P., Nogueira Bezerra, I., & Vasconcellos Abdon, A. P. (2022). Health students' knowledge about healthy eating and factors associated with the university environment. Conocimiento de estudiantes de salud sobre alimentación saludable y factores asociados al entorno universitario. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 39(4), 425–433. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.11349>

Cerrillo, B., Martínez-Riera J.R., & López, J.(2019). El movimiento de Universidades Saludables en España. *RIdEC*, 12(1), 9-33.

Checkland, P. (1999). *Systems, thinking, Systems practice*. Wiley.

Chiang, T. (1999). Economic transition and changing relation between income inequality and mortality in Taiwan: regression analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7218), 1162–1165. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7218.1162>

Chung, H., & Muntaner, C. (2007). Welfare state matters: a typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 80(2), 328–339. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.03.004>

Coffey, M., & Coufopoulos, A. (2010). Creating a ‘Health Promoting Curriculum’ to inform the development of a Health Promoting University: a case study. *International Journal of Health Promotion and Education*, 48(1), 4-8. <https://doi.org/10.1080/14635240.2010.10708174>

Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J., & Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? [Health promotion based on assets: how to work with this perspective in local interventions?]. *Gaceta sanitaria*, 30 Suppl 1, 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>

Collins, P. A., & Hayes, M. V. (2007). Twenty years since Ottawa and Epp: researchers' reflections on challenges, gains and future prospects for reducing health inequities in Canada. *Health promotion international*, 22(4), 337–345. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam031>

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. (1971). *Development: report of the commission of inquiry on health and social welfare*. Quebec.

- Cook, T.D., & Reinhardt, C.S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Morata.
- Copi, I., & Cohen, C. (2013). *Introducción a la lógica* (2nd ed.). Limusa.
- Cortinovis, I., Vella, V., & Ndiku, J. (1993). Construction of a socio-economic index to facilitate analysis of health data in developing countries. *Social science & medicine* (1982), 36(8), 1087–1097. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90127-p](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90127-p)
- Creighton, C. (1895). *A History of epidemics in Britain*. Cambridge University Press.
- Creswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (2nd ed.). Sage Publications.
- Cuijpers, P., Auerbach, R. P., Benjet, C., Bruffaerts, R., Ebert, D., Karyotaki, E., & Kessler, R. C. (2019). The World Health Organization World Mental Health International College Student initiative: An overview. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(2), e1761. <https://doi.org/10.1002/mpr.1761>
- Czeresnia D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de saude publica*, 15(4), 701–709. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1999000400004>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute for Futures Studies.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Daly, M., Wilson, M., & Vasdev, S. (2001). Income Inequality and Homicide Rates in Canada and the United States. *Canadian Journal of Criminology—Revue canadienne de criminologie*. 43(2):219–36.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(6), S327–S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.s327>
- Davies, M., & Macdowall, M. (2006). *Health Promotion Theory*. Open University Press.
- Davies, J., & Hall, C. (2011). *The University of Brighton as a Health Promoting University: a pilot project final report*. Executive summary. Disponible a

<https://www.brighton.ac.uk/research/groups/healthcare-practice-and-rehabilitation/research-projects/developing-a-health-promoting-university.aspx>

Dedman, D. J., Gunnell, D., Davey Smith, G., & Frankel, S. (2001). Childhood housing conditions and later mortality in the Boyd Orr cohort. *Journal of epidemiology and community health*, 55(1), 10–15. <https://doi.org/10.1136/jech.55.1.10>

De la Fuente, J., Zapata, L., Martínez-Vicente, J. M., Sander, P., & Cardelle-Elawar, M. (2014). The role of personal self-regulation and regulatory teaching to predict motivational-affective variables, achievement, and satisfaction: a structural model. *Frontiers in psychology*, 6, 399. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00399>

Del Cura Bilbao, A., & Sandín Vázquez, M. (2021). Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave [Health assets and quality of life in people diagnosed with severe mental disorder]. *Gaceta sanitaria*, 35(5), 473–479. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.03.004>

Den Broeder, L., Uiters, E., Hofland, A., Wagemakers, A., & Schuit, A. J. (2017). Local professionals' perceptions of health assets in a low-SES Dutch neighbourhood: a qualitative study. *BMC public health*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4555-6>

Department of Health & Social Services. (1976). *Prevention A health: everybody's business*. London.

Department of Health. (1992). *The health of the nation: a strategy for health in England*. H.M. Stationery Office. London.

Dever, G. E. A. (1976). An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453–466.

Dhabhar, F. S., & McEwen, B. S. (1997). Acute stress enhances while chronic stress suppresses cell-mediated immunity in vivo: a potential role for leukocyte trafficking. *Brain, behavior, and immunity*, 11(4), 286–306. <https://doi.org/10.1006/brbi.1997.0508>

Diderichsen, F., Evans, T. & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth (Eds.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp.12-23). Oxford University Press.

Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Working Group of Danish Review on Social Determinants of Health, Andersen, A. M., Bach, E., Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., Hansen, F. K., Jeune, B., Jørgensen, T., & Sogaard, J. (2012). Health inequality--

determinants and policies. *Scandinavian journal of public health*, 40(8 Suppl), 12–105.
<https://doi.org/10.1177/1403494812457734>

Doherty, S. & Dooris, M. (2006) The healthy settings approach: the growing interest within colleges and universities. *Education and Health*, 24, 42-43.

Doherty, S., Cawood, J., & Dooris, M. (2011). Applying the whole-system settings approach to food within universities. *Perspectives in public health*, 131(5), 217–224.
<https://doi.org/10.1177/1757913911413344>

Donati, P. (1994). *Manual de sociología de la salud*. Ediciones Diaz de Santos.

Dooris, M. (1998). The university as a setting for sustainable health: University of Central Lancashire. In A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action* (105-120). World Health Organisation.

Dooris, M. (1999). The 'Health Promoting University' as a Framework for Promoting Positive Mental Well-Being: A Discourse on Theory and Practice. *Journal of Public Mental Health*, 1(4), 34-43.

Dooris, M. (2001). The "health promoting university": A critical exploration of theory and practice. *Health Education*, 101(2), 51–60. <https://doi.org/10.1108/09654280110384108>

Dooris, M. (2002). The Health Promoting University: opportunities, challenges and future developments. *Promotion & education*, Suppl 1, 20–24.
<https://doi.org/10.1177/10253823020090010112>

Dooris, M. (2004). Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships?. *Critical Public Health*, 14(1), 49-61.
<https://doi.org/10.1080/09581590310001647506>

Dooris, M. (2006a). Health promoting settings: future directions. *Promotion & education*, 13(1), 4–70.

Dooris, M. (2006b). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health promotion international*, 21(1), 55–65.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dai030>

Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in public health*, 129(1), 29–36. <https://doi.org/10.1177/1757913908098881>

Dooris, M. (2013). Expert voices for change: bridging the silos-towards healthy and sustainable settings for the 21st century. *Health & place*, 20, 39–50.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.11.009>

Dooris, M., & Martin, E. (2002). The health promoting university--from idea to implementation. *Promotion & education, Suppl 1*, 16–19.

Dooris, M., & Doherty, S. (2008). *English Healthy Universities Network: Framework for Action*. Preston: Healthy Settings Development Unit, University of Central Lancashire.

Dooris, M., & Doherty, S. (2009). *National Research and Development Project on Healthy Universities*. Final Report. Retrieved from

<https://core.ac.uk/download/pdf/6113091.pdf>

Dooris, M., Cawood, J., Doherty, S., & Powell, S. (2010). *Healthy Universities: Concept, Model and Framework for Applying the Healthy Settings Approach within Higher Education in England*. Healthy universities.

Dooris, M., & Doherty, S. (2010a). Healthy Universities: current activity and future directions--findings and reflections from a national-level qualitative research study. *Global health promotion*, 17(3), 6–16.

<https://doi.org/10.1177/1757975910375165>

Dooris, M., & Doherty, S. (2010b). Healthy universities--time for action: a qualitative research study exploring the potential for a national programme. *Health promotion international*, 25(1), 94–106. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq015>

Dooris, M., Wills, J., & Newton, J. (2014). Theorizing healthy settings: a critical discussion with reference to Healthy Universities. *Scandinavian journal of public health*, 42(15 Suppl), 7–16. <https://doi.org/10.1177/1403494814544495>

Dooris, M., Doherty, S., & Orme, J. (2016). The Application of Salutogenesis in Universities. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis*. (pp. 237–245). Springer.

Dooris, M., Powell, S., & Farrier, A. (2020). Conceptualizing the 'whole university' approach: an international qualitative study. *Health promotion international*, 35(4), 730–740. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz072>

Dooris, M., Powell, S., Parkin, D., & Farrier, A. (2021). Health promoting universities: effective leadership for health, well-being and sustainability. *Health Education*, 121(3), 295–310.

Dooris, M., Doherty, S., & Orme, J. (2022). Applying Salutogenesis in Higher Education. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis*. (2nd ed., pp. 307–319). Springer.

Dougherty, C. J. (1993). Bad faith and victim-blaming: the limits of health promotion. *Health care analysis: HCA: journal of health philosophy and policy*, 1(2), 111–119.

Douglas, J. A., Subica, A. M., Franks, L., Johnson, G., Leon, C., Villanueva, S., & Grills, C. T. (2020). Using Participatory Mapping to Diagnose Upstream Determinants of Health and Prescribe Downstream Policy-Based Interventions. *Preventing chronic disease*, 17, E138. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200123>

Draper, P., Griffiths, J., Dennis, J., & Popay, J. (1979). The Royal Commission and prevention. *Lancet (London, England)*, 2(8139), 425–426. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(79\)90448-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(79)90448-3)

Drever, F., & Whitehead, M. (1997). *Health Inequalities*. The Stationery Office.

Duarte-Cuervo, C.Y. (2015). Comprensión e implementación de la promoción de la salud en instituciones de educación superior en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 899-911. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.44713>

Durkheim, E. (1897). *Suicide*. Free Press.

Durkheim, E. (2016). *Las reglas del método sociológico y otros escritos*. Alianza editorial.

DyckFehderau, D., Holt, N. L., Ball, G. D., Alexander First Nation Community, & Willows, N. D. (2013). Feasibility study of asset mapping with children: identifying how the community environment shapes activity and food choices in Alexander First Nation. *Rural and remote health*, 13(2), 2289.

Dyvik, S. (4 de Juliol de 2024). *Number of universities worldwide in 2023, by country*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/918403/number-of-universities-worldwide-by-country/>

Edwards, R., & Coleman, T. (2005). Going smoke-free: the medical case for clean air in the home, at work and in public places. *Clinical medicine (London, England)*, 5(6), 548–550. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.5-6-548>

Egede, L. E. (2006). Race, Ethnicity, Culture, and Disparities in Health care [Editorial]. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 667–669. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.0512.x>

- Elder G. H., Jr (1998). The life course as developmental theory. *Child development*, 69(1), 1–12.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330–340. <https://doi.org/10.1177/009164718301100406>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Elsborg, L., Krossdal, F., & Kayser, L. (2017). Health literacy among Danish university students enrolled in health-related study programmes. *Scandinavian journal of public health*, 45(8), 831–838. <https://doi.org/10.1177/1403494817733356>
- Emami, M., Haghdoust, A. A., Yazdi-Feyzabadi, V., & Mehrolhassani, M. H. (2023). Identification of Key Components in Health System Using System Thinking Approach: A Scoping Review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 37, 47. <https://doi.org/10.47176/mjiri.37.47>
- Emmons, K. M., Marcus, B. H., Linnan, L., Rossi, J. S., & Abrams, D. B. (1994). Mechanisms in multiple risk factor interventions: smoking, physical activity, and dietary fat intake among manufacturing workers. Working Well Research Group. *Preventive medicine*, 23(4), 481–489. <https://doi.org/10.1006/pmed.1994.1066>
- Epp, J. (1986). Achieving health for all. A framework for health promotion. *Health promotion (Oxford, England)*, 1(4), 419–428. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.419>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- Escobar-Perez, J., & Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6, 27-36.
- Espelt, A., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Muntaner, C., Pasarín, M. I., Benach, J., Schaap, M., Kunst, A. E., & Navarro, V. (2008). Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International journal of epidemiology*, 37(5), 1095–1105. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn051>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.
- Evans, R. (1982). A retrospective on the "New Perspective". *Journal of health politics, policy and law*, 7(2), 325–344. <https://doi.org/10.1215/03616878-7-2-325>

Evans, R., Barer, M., & Marmot, R. (1994). *Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. Aldine de Gruyter.

Evans, I., Heron, J., Murray, J., Hickman, M., & Hammerton, G. (2021). The Influence of Alcohol Consumption on Fighting, Shoplifting and Vandalism in Young Adults. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3509. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073509>

Ezcurra, A. M. (2020). Educación superior en el siglo XXI. Una democratización paradójica. Escenarios globales y latinoamericanos. *Revista Latinoamericana De Políticas Y Administración De La Educación*, (12), 113-127.

Faria, M., Fernandes, R. C., Gallasch, C. H., & Alves, L. (2021). Contributions of the health-promoting universities' movement: An integrative literature review. *Journal of education and health promotion*, 10, 114. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_24_21

Faria, M. G. A., Mello, A. S., Silva, C. S. S. L. D., Gallasch, C. H., David, H. M. S. L., & Martinez-Riera, J. R. (2024). Health Promoting Universities and the salutogenic theory: contemporary challenges in the Latin American reality. *Global health promotion*, 17579759241242113. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/17579759241242113>

Fawcett J. (1978). The relationship between theory and research: a double helix. *ANS. Advances in nursing science*, 1(1), 49–62. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00007>

Feliz, T., & Ricoy, M. (2003). El descubrimiento de la dimensión cualitativa de la investigación a través de un foro educativo. En A. Medina., & S. Castillo (Eds.), *Metodología para la realización de proyectos de investigación y tesis doctorales* (pp.131-165). Universitas.

Felmingham, T., O'Halloran, S., Poorter, J., Rhook, E., Needham, C., Hayward, J., Fraser, P., Kilpatrick, S., Leahy, D., & Allender, S. (2023). Systems thinking in local government: intervention design and adaptation in a community-based study. *Health research policy and systems*, 21(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01034-1>

Ferreira, F. M. P. B., Brito, I. D. S., & Santos, M. R. (2018). Health promotion programs in higher education: integrative review of the literature. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 4), 1714–1723. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0693>

Ferrelli, R. M. (2015). Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL [Social cohesion as a basis for health-equity- oriented public policies: reflections from the EUROsociAL

program]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 38(4), 272–277.

Filmer, D., & Pritchett, L. H. (2001). Estimating wealth effects without expenditure data--or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography*, 38(1), 115–132. <https://doi.org/10.1353/dem.2001.0003>

Fisher, I. (1897). Senses of “Capital.” *The Economic Journal*, 7(26), 199–213.

Fleck, L. (1979). *Genesis and Development of a Scientific Fact*. University of Chicago Press.

Florian, J., Roy, N. M., Quintiliani, L. M., Truong, V., Feng, Y., Bloch, P. P., Russinova, Z. L., & Lasser, K. E. (2016). Using Photovoice and Asset Mapping to Inform a Community-Based Diabetes Intervention, Boston, Massachusetts, 2015. *Preventing chronic disease*, 13, E107. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160160>

Foot, J., & Hopkins, T. (2010). *A glass half full: how an asset approach can improve community health and wellbeing*. Improvement and Development Agency. London.

Forrest, L. F., Adams, J., Wareham, H., Rubin, G., & White, M. (2013). Socioeconomic inequalities in lung cancer treatment: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 10(2), e1001376. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001376>

Fox, D., Austin, S., & Prilleltensky, I. (2009). *Critical Psychology: An Introduction*. Sage.

French, W., & Bell, C. (1999). *Organisation Development: behavioural Science Interventions for Organization Improvement*. Prentice Hall.

Gadamer, H.G. (1984). *Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca.

Gale, A. (1943). Variations in the mortality and incidence of the common infectious diseases of childhood over a century. *Proceeding of the Royal society of Medicine*, 36, 97-103.

Gallagher, R., & Appenzeller, T. (1999). Beyond Reductionism. *Science*, 284(5411), 79 [DOI: 10.1126/science.284.5411.79](https://doi.org/10.1126/science.284.5411.79)

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of epidemiology and community health*, 60(1), 7–12. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.023531>

- Ganong, L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research in nursing & health*, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
- Garipe, L. Y., Pace, N., Cane, L., García, M. H., Cofiño Fernández, R., & Perman, G. (2022). Estrategia de mapeo de activos comunitarios para la salud y el bienestar en la ciudad de Buenos Aires [Mapping strategy for health and wellbeing community assets in the city of Buenos Aires]. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina)*, 79(2), 156–161. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n2.30899>
- Garven, F., & MacLean, J. (2016). *Asset-based approaches: their rise, role and reality*. Dunedin Academic Press.
- Gaviria Mendez, A. E. (2015). La Universidad de Antioquia como institución promotora de la salud (Medellín, Colombia, 2010-2013). *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(1), 13-30. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.uaip>
- GBD 2019 Tobacco Collaborators (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 397(10292), 2337–2360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
- Geiger, B. F., Mauser-Galvin, M., Cleaver, V., Petri, C. J., & Winnail, S. D. (2002). Working With Colleges and Universities to Enhance the Health of Students and Schools. *Health Promotion Practice*, 3(1), 50–59. <http://www.jstor.org/stable/26734129>
- Ghani, K., Gholami, J., Mousavian, G., Amin-Esmaeili, M., Rafiey, H., Vouseoghi, N., Shadloo, B., & Rahimi-Movaghar, A. (2024). The Effectiveness of Universal Educational Interventions for Prevention of Illicit Drug Use among University Students: A Systematic Review. *Iranian journal of public health*, 53(1), 48–58. <https://doi.org/10.18502/ijph.v53i1.14682>
- Gideon, L. (2012). *Handbook of Survey Methodology for the Social Sciences* (12th ed.). Springer.
- Giles, W. F., & Feild, H. S. (1978). Effects of amount, format, and location of demographic information on questionnaire return rate and response bias of sensitive and nonsensitive items. *Personnel Psychology*, 31(3), 549–559. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1978.tb00462.x>
- Glasow, P. (2005). *Fundamentals of Survey Research Methodology*. MITRE, C3 Center.

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Goodridge, D., Hawranik, P., Duncan, V., & Turner, H. (2012). Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: a scoping review. *International journal of nursing studies*, 49(10), 1310–1319. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.002>
- Gordon, C. (2003). *Dead on Arrival: The Politics of Health Care in Twentieth Century America*. Princeton University Press.
- Government of Manitoba, (1972). *White Paper on Health Policy*. Cabinet Committee on Health Education & Social Policy.
- Graham, H. (1987). Women's smoking and family health. *Social science & medicine* (1982), 25(1), 47–56. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90206-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90206-1)
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank quarterly*, 82(1), 101–124. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00303.x>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information and libraries journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Gray, D.E. (2014). *Doing research in the real world* (3rd ed.). Sage.
- Green, K. (2016). A Political Ecology of Scaling: Struggles over Power, Land and Authority. *Geoforum*, 74, 88-97. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2016.05.007>
- Green, L. W., & Anderson, C.L. (1986). *Community Health* (5th ed.). Times Mirror.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1990). Health promotion as a public health strategy for the 1990s. *Annual review of public health*, 11, 319–334. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.11.050190.001535>
- Green, L., Poland, B., & Rootman, I. (2000). “The Settings Approach to health promotion”. In B. Poland, L. Green, & I. Rootman (eds.), *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice* (pp.1-43). Sage.
- Greenacre, M.J., & Blasius, J. (2006) *Multiple Correspondence Analysis and Related Methods*. Chapman & Hall/CRC.

- Grintsova, O., Maier, W., & Mielck, A. (2014). Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: a systematic literature review. *International journal for equity in health*, 13, 43. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-43>
- Grossman, R., & Scala, K. (1993). *Health Promotion and Organizational Development: Developing Settings for Health*. WHO Regional Office for Europe.
- Guix, J. (2005). Dimensionando los hechos: la encuesta (II). *Revista de Calidad Asistencial*, 20(3), 154-160. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74741-9](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74741-9)
- Gunning-Schepers, L. J. (1999). Models: instruments for evidence based policy. *Journal of epidemiology and community health*, 53(5), 263. <https://doi.org/10.1136/jech.53.5.263>
- Gunning-Schepers, L. J., & Hagen, J. H. (1987). Avoidable burden of illness: how much can prevention contribute to health?. *Social science & medicine* (1982), 24(11), 945–951. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90287-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90287-5)
- Haan, M., Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1987). Poverty and health. Prospective evidence from the Alameda County Study. *American journal of epidemiology*, 125(6), 989–998. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114637>
- Hagen, H. (1985). *Gezondheidszorg en Defensieve Bestedingen*. Foris.
- Hales, S., Howden-Chapman, P., Salmond, C., Woodward, A., & Mackenbach, J. (1999). National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income. *Lancet (London, England)*, 354(9195), 2047. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)03763-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)03763-0)
- Hall, A.D., & Fagen, R.E. (1956). Definition of System. General Systems, the Yearbook of the Society for Advancement of General Systems Theory. *The Society, Ann Arbor*, 18-28.
- Hancock, T. (1986). Lalonde and beyond: looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". *Health promotion (Oxford, England)*, 1(1), 93–100. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.1.93>
- Harburg, E., Erfurt, J. C., Hauenstein, L. S., Chape, C., Schull, W. J., & Schork, M. A. (1973). Socio-ecological stress, suppressed hostility, skin color, and Black-White male blood pressure: Detroit. *Psychosomatic medicine*, 35(4), 276–296. <https://doi.org/10.1097/00006842-197307000-00003>

Hardt, K., Bonanni, P., King, S., Santos, J. I., El-Hodhod, M., Zimet, G. D., & Preiss, S. (2016). Vaccine strategies: Optimising outcomes. *Vaccine*, 34(52), 6691–6699. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.10.078>

Harrison, D., Ziglio, E., Levin, L., & Morgan, A. (2004). *Assets for health and development. Developing a conceptual framework. European office for investment for health and development.* World Health Organisation.

Hawley, H. A. (1950). *Human Ecology: A Theory of Community Structure.* The Ronald Press Company.

Heller, A. (1975). *Sociologia de la vida cotidiana.* Península.

Henkin, Y., & Sperber, A. D. (1996). Aaron Antonovsky: editor and idealist. *Israel journal of medical sciences*, 32(3-4), 163–165.

Herbert, C. (2022). Enhancing Mental Health, Well-Being and Active Lifestyles of University Students by Means of Physical Activity and Exercise Research Programs. *Frontiers in public health*, 10, 849093. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.849093>

Heritage, Z., & Dooris, M. (2009). Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health promotion international*, 24 Suppl 1, i45–i55. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap054>

Hernán-García, M., García, D., Cubillo, J., & Cofiño, R. (2019). Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 26(7), 1-9.

Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria [Sociocultural epidemiology: an essential approach]. *Salud publica de Mexico*, 55(5), 512–518.

Hill, G. B. (1978). Preventive strategy and the problems of intervention. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 69(3), 191–196.

Hincapié, J.P. (2017). Elementos ontológicos, epistemológicos y metodológicos para la construcción de un marco teórico de estudio de los activos intangibles. *Cuadernos de contabilidad*, 18(45). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cc18-45.coem>

Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 107–123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>

Hjermann, I., Velve Byre, K., Holme, I., & Leren, P. (1981). Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet (London, England)*, 2(8259), 1303–1310. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(81\)91338-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91338-6)

Hoebel, J., Rommel, A., Schröder, S. L., Fuchs, J., Nowossadeck, E., & Lampert, T. (2017). Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Healthcare among the Elderly in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 14(10), 1127. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101127>

Hogstedt, C., Lundgren, B., Moberg, H., Pettersson, B., & Agren, G. (2004). The Swedish public health policy and the National Institute of Public Health. *Scandinavian journal of public health. Supplement*, 64, 6–64.

Hollingshead, A. (1975). *Four-factor index of social status*. Yale University.

Holt, M., & Powell, S. (2017). Healthy Universities: a guiding framework for universities to examine the distinctive health needs of its own student population. *Perspectives in public health*, 137(1), 53–58. <https://doi.org/10.1177/1757913916659095>

Holzner, B., & Marx, F. (1979). *Knowledge Application: The Knowledge System in Society*. Allyn Books.

Hosseini Shokouh, S. M., Arab, M., Emamgholipour, S., Rashidian, A., Montazeri, A., & Zaboli, R. (2017). Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iranian journal of public health*, 46(4), 435–446.

House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American journal of epidemiology*, 116(1), 123–140. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113387>

Howden-Chapman, P. (2004). Housing standards: a glossary of housing and health. *Journal of epidemiology and community health*, 58(3), 162–168. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.011569>

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Hu, S. C., & Huang, N. C. (2020). Healthy Cities Projects in Taiwan. *American journal of public health*, 110(3), 299–301. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305509>

Hughes, J. R., Hatsukami, D. K., Mitchell, J. E., & Dahlgren, L. A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry*, 143(8), 993–997. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.8.993>

Hutchesson, M., Whatnall, M., Fenton, S., Ashton, L., Patterson, A., Smith, J., Duncan, M. J., Kay-Lambkin, F., & Burrows, T. (2023). Are health behaviors associated with mental health among tertiary education students? A systematic review of cohort studies. *Journal of American college health : J of ACH*, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07448481.2023.2201865>

Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Teoría y crítica*. Siglo XXI.

Ibáñez, J. (1985). Las medidas de la sociedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 29, 85-127.

Ibáñez, T. (1990). *Aproximaciones a la psicología social*. Sendai.

Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral.

Innstrand, S. T., & Christensen, M. (2020). Healthy Universities. The development and implementation of a holistic health promotion intervention programme especially adapted for staff working in the higher educational sector: the ARK study. *Global health promotion*, 27(1), 68–76. <https://doi.org/10.1177/1757975918786877>

Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century*. National Academy Press.

Israel, B. A., Parker, E. A., Rowe, Z., Salvatore, A., Minkler, M., López, J., Butz, A., Mosley, A., Coates, L., Lambert, G., Potito, P. A., Brenner, B., Rivera, M., Romero, H., Thompson, B., Coronado, G., & Halstead, S. (2005). Community-based participatory research: lessons learned from the Centers for Children's Environmental Health and Disease Prevention Research. *Environmental health perspectives*, 113(10), 1463–1471. <https://doi.org/10.1289/ehp.7675>

Jasper, M. A. (1994). Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *Journal of advanced nursing*, 20(4), 769–776. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x>

Jayasinghe, S. (2015). Social determinants of health inequalities: towards a theoretical perspective using systems science. *International journal for equity in health*, 14, 71. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0205-8>

- Jenn, N. C. (2006). Designing A Questionnaire. *Malaysian family physician : the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 1(1), 32–35.
- Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2013). The limits of control: A systemic, model-based approach to changing organisations towards better health. In G. F. Bauer & G. J. Jenny (Eds.), *Salutogenic organizations and change: The concepts behind organizational health intervention research* (pp. 167–187). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6470-5_10
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health promotion international*, 16(3), 281–287. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.281>
- Kass, E. H. (1971). Infectious diseases and social change. *The Journal of infectious diseases*, 123(1), 110–114. <https://doi.org/10.1093/infdis/123.1.110>
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., & Salonen, J. T. (1997). Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7112), 846–851. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7112.846>
- Kawachi, I. (1999). Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 120–130. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08110.x>
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*, 87(9), 1491–1498. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.9.1491>
- Kawachi, I., Kennedy, B., & Wilkinson, R. (1999). *The Society and Population Health Reader*. The New Press.
- Kendall, M.G. (1955). *Rank correlation methods* (2nd ed.). Griffin.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., & Prothrow-Stith, D. (1996). Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7037), 1004–1007. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7037.1004>
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., Lochner, K., Jones, C., & Prothrow-Stith, D. (1997). (Dis)respect and black mortality. *Ethnicity & disease*, 7(3), 207–214.
- Keshavarz, N., Nutbeam, D., Rowling, L., & Khavarpour, F. (2010). Schools as social complex adaptive systems: a new way to understand the challenges of introducing the

- health promoting schools concept. *Social science & medicine* (1982), 70(10), 1467–1474. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.034>
- Khan, S. S., Hopkins, N., Reicher, S., Tewari, S., Srinivasan, N., & Stevenson, C. (2016). How collective participation impacts social identity: A longitudinal study from India. *Political Psychology*, 37(3), 309–325. <https://doi.org/10.1111/pops.12260>
- Khan, T. H., & MacEachen, E. (2022). An Alternative Method of Interviewing: Critical Reflections on Videoconference Interviews for Qualitative Data Collection. *International Journal of Qualitative Methods*, 21. <https://doi.org/10.1177/16094069221090063>
- Kickbusch, I. (1996). Tribute to Aaron Antonovsky- ‘What creates health’. *Health Promotion International*, 11(1), 5-6.
- Kickbusch, I. (2002). Perspectives on health governance in the 21st century: revisiting health goals and targets. In: M. Marinker (ed.), *Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise*. (pp. 206-229). BMJ Books.
- Kickbusch, I. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American journal of public health*, 93(3), 383–388. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.383>
- Kickbusch, I. (2007a). The move towards a new public health. *Promotion & education, Suppl 2*, 9–57. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020301x>
- Kickbusch, I. (2007b). Health promotion – not a tree but a rhizome. In M. O’Neill., A. Pederson., S. Dupéré., & I. Rootman (Eds.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives* (pp.363-366). Canadian Scholars’ Press.
- Kim, K. T. (2017). The relationships between income inequality, welfare regimes and aggregate health: a systematic review. *European journal of public health*, 27(3), 397–404. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx055>
- King, I. M. (1988). Concepts: essential elements of theories. *Nursing science quarterly*, 1(1), 22–25. <https://doi.org/10.1177/089431848800100107>
- Klein, J., Hofreuter-Gätgens, K., & von dem Knesebeck, O. (2014). Socioeconomic status and the utilization of health services in Germany: a systematic review In: C.Janssen, E. Swart., & L. Tv (Eds.), *Health care utilization in Germany: Theory, methodology, and results* (pp. 117–43.). Springer.

Knight, A., & La Placa, V. (2013). Healthy Universities: taking the University of Greenwich Healthy Universities Initiatives forward. *International Journal of Health Promotion and Education*, 51(1), 41-49. <https://doi.org/10.1080/14635240.2012.738877>

Kokko, S., Green, L. W., & Kannas, L. (2014). A review of settings-based health promotion with applications to sports clubs. *Health promotion international*, 29(3), 494–509. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat046>

Kornitzer, M., De Backer, G., Dramaix, M., Kittel, F., Thilly, C., Graffar, M., & Vuylsteek, K. (1983). Belgian heart disease prevention project: incidence and mortality results. *Lancet (London, England)*, 1(8333), 1066–1070. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(83\)91908-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(83)91908-6)

Kretzmann, J. & McKnight, J. (1993) *Building Communities from the inside out: a path towards building and mobilising a communities assets*. Institute for Policy Research, Evanston.

Kretzmann, J., & McKnight, J. P. (1996). Assets-based community development. *National Civic Review*, 85(4), 23-29.

Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis: An introduction to its methodology*. Sage.

Kuh, D., Hardy, R., Langenberg, C., Richards, M., & Wadsworth, M. E. (2002). Mortality in adults aged 26-54 years related to socioeconomic conditions in childhood and adulthood: post war birth cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7372), 1076–1080. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7372.1076>

Kuh, D., & Ben - Shlomo, Y. (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology* (2nd ed.). Oxford University Press.

Kuhn, T. (1962). *La estructura de la revolución científica*. University of Chicago Press.

Kühn, L., Bachert, P., Hildebrand, C., Kunkel, J., Reitermayer, J., Wäsche, H., & Woll, A. (2022). Health Literacy Among University Students: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies. *Frontiers in public health*, 9, 680999. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.680999>

Labonté, R., & Penfold, S. (1981). *Health promotion philosophy: from victim-blaming to social responsibility*. Health Promotion Directorate Western Regional Office.

Labonté, R., & Baum, F. (2021). Right Wing Politics and Public Policy: The Need for a Broad Frame and Further Research Comment on "A Scoping Review of Populist Radical Right Parties' Influence on Welfare Policy and its Implications for Population

Health in Europe". *International journal of health policy and management*, 10(8), 519–522. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.137>

Laframboise, H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medical Association journal*, 108(3), 388–passim.

Lalli, M. (1988). Urban identity. In D. Canter, J. Jesuino, L. Soczka & G.M. Stephenson (Eds.), *Environmental Social Psychology* (pp.303-311). Springer.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Department of National Health and Welfare. Disponible a: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (accedit 6 Febrer 2023).

Lamata Cotanda, F. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria. 20 años después del informe Lalonde [A health policy perspective. 20 years after the Lalonde report]. *Gaceta sanitaria*, 8(43), 189–194. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(94\)71192-4](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(94)71192-4)

Lange, I., & Vio, F. (2006) *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de educación superior*. Productora Gráfica Andros Limitadas.

Langenberg, C., Hardy, R., Kuh, D., Brunner, E., & Wadsworth, M. (2003). Central and total obesity in middle aged men and women in relation to lifetime socioeconomic status: evidence from a national birth cohort. *Journal of epidemiology and community health*, 57(10), 816–822. <https://doi.org/10.1136/jech.57.10.816>

LaVeist, T. A., Pérez-Stable, E. J., Richard, P., Anderson, A., Isaac, L. A., Santiago, R., Okoh, C., Breen, N., Farhat, T., Assenov, A., & Gaskin, D. J. (2023). The Economic Burden of Racial, Ethnic, and Educational Health Inequities in the US. *JAMA*, 329(19), 1682–1692. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.5965>

Lawlor, D. A., Ebrahim, S., Davey Smith, G., & British women's heart and health study (2002). Socioeconomic position in childhood and adulthood and insulin resistance: cross sectional survey using data from British women's heart and health study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7368), 805. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7368.805>

Lee, S. (2002). Health promoting university initiative in Hong Kong. *Promotion & education, Suppl 1*, 15. <https://doi.org/10.1177/10253823020090010110>

Lee, A., Lo, A., Li, Q., Keung, V., & Kwong, A. (2020). Health Promoting Schools: An Update. *Applied health economics and health policy*, 18(5), 605–623. <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00575-8>

Lefebvre, H. (1970). *De lo rural a lo urbano*. Península.

- Leichter, H. (1991). *Free to be Foolish*. Princeton University Press.
- Lemyre, A., Palmer-Cooper, E., & Messina, J. P. (2023). Wellbeing among university students during the COVID-19 pandemic: a systematic review of longitudinal studies. *Public health*, 222, 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.07.001>
- Lencucha, R., & Mohindra, K. (2014). A snapshot of global health education at North American universities. *Global health promotion*, 21(1), 63–67. <https://doi.org/10.1177/1757975913514464>
- Levy, S. R., Baldyga, W., & Jurkowski, J. M. (2003). Developing community health promotion interventions: selecting partners and fostering collaboration. *Health promotion practice*, 4(3), 314–322. <https://doi.org/10.1177/1524839903004003016>
- Liberatos, P., Link, B. G., & Kelsey, J. L. (1988). The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic reviews*, 10, 87–121. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036030>
- Lightfoot, E., Simmelink, J., & Lum, T. (2014). Asset Mapping as a Research Tool for Community-Based Participatory Research in Social Work. *Social Work Research*, 38(1), 59–64. <https://doi.org/10.1093/swr/svu001>
- Lindblom, C. (1973). The science of “muddling through”. In: A. Faludi (Ed.), *A reader in planning theory*. (pp.151.169). Oxford, Pergamon.
- Lindert, J., Bain, P. A., Kubzansky, L. D., & Stein, C. (2015). Well-being measurement and the WHO health policy Health 2010: systematic review of measurement scales. *European journal of public health*, 25(4), 731–740. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku193>
- Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lindheim, R., & Syme, S. L. (1983). Environments, people, and health. *Annual review of public health*, 4, 335–359. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.04.050183.002003>
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of epidemiology and community health*, 59(6), 440–442.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker’s guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan Research Centre.

- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior, Spec No*, 80–94.
- Lissack, M.R. (1999). Complexity: the Science, its Vocabulary, and its Relation to Organizations. *Emergence*, 1(1), 110-126.
- Lo Iacono, V., Symonds, P., & Brown, D. H. K. (2016). Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews. *Sociological Research Online*, 21(2), 103-117. <https://doi.org/10.5153/sro.3952>
- Logan, W. (1950). Mortality in england and wales from 1848 to 1947. *Population Studies*, 4(2), 132-178.
- Longstaff, G. (1884). The recent decline in the English death rate considered in connection with the cause of death. *Journal of the Statistical Society*, 47, 221-258.
- López-Roldán, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Universitat Autònoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/129382>
- Low, S. M., & Altman, I. (1992). Place attachment: A conceptual inquiry. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research*, 12, 1–12.
- Lowe, G. (2005). Universities as Healthy Work Environments. *CAUT Bulletin*, 52(9), https://grahamlowe.ca/wp-content/uploads/import_docs/Healthy%20Universities.pdf
- Lueckmann, S. L., Hoebel, J., Roick, J., Markert, J., Spallek, J., von dem Knesebeck, O., & Richter, M. (2021). Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review. *International journal for equity in health*, 20(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01375-1>
- Lukács, G. (1985). *Historia y conciencia de clase*. Ediciones Orbis.
- Luo, W., & Xie, Y. (2020). Economic growth, income inequality and life expectancy in China. *Social science & medicine (1982)*, 256, 113046. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113046>
- Luo, Y., Ruggiano, N., Bolt, D., Witt, J. P., Anderson, M., Gray, J., & Jiang, Z. (2023). Community Asset Mapping in Public Health: A Review of Applications and Approaches. *Social work in public health*, 38(3), 171–181. <https://doi.org/10.1080/19371918.2022.2114568>
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Cohen, R. D., Heck, K. E., Balfour, J. L., & Yen, I. H. (1998). Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United

States. *American journal of public health*, 88(7), 1074–1080.

<https://doi.org/10.2105/ajph.88.7.1074>

Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7243), 1200–1204.

<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7243.1200>

Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A., & Wolfson, M. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *The Milbank quarterly*, 82(1), 5–99. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00302.x>

MacDonald, G., & Bunton, R. (1992). Health Promotion. Discipline or disciplines? In R. Bunton, G. MacDonald & G. MacDonald (Eds.), *Health Promotion: Disciplines and Diversity* (pp. 6-22). Routledge.

MacDougall, H. (2007). Reinventing public health: a new perspective on the health of Canadians and its international impact. *Journal of epidemiology and community health*, 61(11), 955–959. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.046912>

Mackenbach, J. P. (1996). The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *Journal of clinical epidemiology*, 49(11), 1207–1213.

[https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(96\)00200-4](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(96)00200-4)

Mackenbach, J. P., van de Mheen, H., & Stronks, K. (1994). A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in The Netherlands. *Social science & medicine (1982)*, 38(2), 299–308.

[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90399-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90399-9)

Manzano-Arrondo, V. (2011). Aproximaciones para una psicología de la crisis. *Revista Andaluza de ciencias Sociales*, 19, 69-84.

Manzo, J. F. (2004). On the sociology and social organization of stigma: some ethnomethodological insights. *Human Studies*, 27(4), 401-416.

Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., de Andrade, V., & Azogui-Levy, S. (2017). Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature [Health literacy and patient education interventions: a review]. *Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 29(6), 811–820.

<https://doi.org/10.3917/spub.176.0811>

- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of epidemiology and community health*, 32(4), 244–249. <https://doi.org/10.1136/jech.32.4.244>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet (London, England)*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Marmot, M., Atkinson, T., Bell, J., Black, C., Broadfoot, P., & Cumberlege, J. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review*. Strategic review of health inequalities in England.
- Marsh, C. (1988). *Exploring Data: An Introduction to Data Analysis for Social Scientists*. Polity Press.
- Marsh, A., & McKay, S. (1994). *Poor smokers*. Policy Studies Institute.
- Martínez, F. (2002). *El cuestionario. Un instrumento para la investigación en las ciencias sociales*. Laertes Psicopedagogía.
- Martínez-Riera, J. R., & Muñoz-Guillena, R. (2014). La Universidad de Alicante Universidad promotora de salud-Universidad saludable. Un reto y una oportunidad. *Revista salud pública*, 18(3), 55-64.
- Martínez-Riera, J. R., Gallardo Pino, C., Aguiló Pons, A., Granados Mendoza, M. C., López-Gómez, J., & Arroyo Acevedo, H. V. (2018). La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. Informe SESPAS 2018 [The university as a community: health-promoting universities. SESPAS Report 2018]. *Gaceta sanitaria*, 32 Suppl 1, 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>
- Martínez-Sánchez, J. M., & Balaguer, A. (2016). Universidad saludable: una estrategia de promoción de la salud y salud en todas las políticas para crear un entorno de trabajo saludable. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(3), 175-177.
- Maturana, H. (2009). *La realidad ¿objetiva o construida? (I): Fundamentos biológicos del conocimiento*. Anthropos.
- Maudsley, G. (1998). Public health education for medical students. In A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson and M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action* (pp.69-76). World Health Organisation.
- Mayan, M.J. (2009). *Essentials of Qualitative Inquiry* (1st ed.). Routledge.

- McCartney, G., Hearty, W., Arnot, J., Popham, F., Cumbers, A., & McMaster, R. (2019). Impact of Political Economy on Population Health: A Systematic Review of Reviews. *American journal of public health*, 109(6), e1–e12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305001>
- McEwen, E. D. (1979). Whatever happened to the Lalonde Report?. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 70(1), 13–20.
- McGill, E., Er, V., Penney, T., Egan, M., White, M., Meier, P., Whitehead, M., Lock, K., Anderson de Cuevas, R., Smith, R., Savona, N., Rutter, H., Marks, D., de Vocht, F., Cummins, S., Popay, J., & Petticrew, M. (2021). Evaluation of public health interventions from a complex systems perspective: A research methods review. *Social science & medicine* (1982), 272, 113697. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113697>
- McGinnis, J. M. (1991). Health objectives for the nation. *American Psychologist*, 46(5), 520–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.5.520>
- McIntyre L. (1992). The evolution of health promotion. *Probe (Ottawa, Ont.)*, 26(1), 15–22.
- McKeown, T. (1976). *The Modern Rise of Population*. Academic Press.
- McKeown, T. (1979). *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?*. Princeton University Press.
- McKeown, T., Brown, R. G., & Record, R. G. (1972). An Interpretation of the Modern Rise of Population in Europe. *Population Studies*, 26(3), 345–382.
- McKeown, T., & Record, R. (1962). Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century. *Population Studies*, 16(2), 94–122.
- McLennan, W., & Madden, R. (1999). *The health and welfare of Australian's aboriginal and Torres Strait Islander Peoples*. Commonwealth of Australia: Australian bureau of Statistics.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- McQueen, D.V. (1988). Thoughts on the ideological origins of health promotion. *Health Promotion*, 4(4), 339–342. <https://doi.org/10.1093/heapro/4.4.339>

- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. The University of Chicago Press.
- Méndez, J.L. (1978). *Fundamentos sociológicos del marxismo*. Antillana.
- Mertens, D. (2010). *Research and evaluation in educational and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mix- methods approaches*. Sage.
- Merva, M., & Fowles, R. (1993). *Effects of diminished economic opportunities in social stress: heart attacks, strokes, and crime*. Economic Policy Institute. Washington, DC.
- Mincer, J. (1958). Investment in Human Capital and Personal Income Distribution. *Journal of Political Economy*, 66(4), 281–302.
- Mindell, J., Biddulph, J. P., Hirani, V., Stamatakis, E., Craig, R., Nunn, S., & Shelton, N. (2012). Cohort profile: the health survey for England. *International journal of epidemiology*, 41(6), 1585–1593. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr199>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/docs/ResumenEjecutivo.pdf>
- Ministry of Health. (1924). *Report of the Departmental Committee Appointed to Inquire into Certain Matters Relating to the Diet of Patients in County and Borough Mental Hospitals*. H.M.S.O.
- Mittelmark, M. B., & Bull, T. (2013). The salutogenic model of health in health promotion research. *Global health promotion*, 20(2), 30–38. <https://doi.org/10.1177/1757975913486684>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer.
- Moise A. D. (2021). Researching the Welfare Impact of Populist Radical Right Parties Comment on "A Scoping Review of Populist Radical Right Parties' Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe". *International journal of health policy and management*, 10(8), 516–518. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.125>
- Molina-Betancur, J. C., Agudelo-Suárez, A. A., & Martínez-Herrera, E. (2021). Mapeo de activos comunitario para la salud en un asentamiento informal de Medellín (Colombia) [Community health assets mapping in a slum in Medellín]

(Colombia)]. *Gaceta sanitaria*, 35(4), 333–338.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.012>

Montgomery, M. R., Gragnolati, M., Burke, K. A., & Paredes, E. (2000). Measuring living standards with proxy variables. *Demography*, 37(2), 155–174.

Mooney, G. (1997). "A tissue of the most flagrant anomalies": smallpox vaccination and the centralization of sanitary administration in nineteenth-century London. *Medical history*, 41(3), 261–290. <https://doi.org/10.1017/s0025727300062694>

Morales, M., & Moreno, R. (1993). Problemas en el uso de los términos cualitativo/cuantitativo en investigación educativa. *Investigando en la escuela*, 21, 39–50.

Morgan, A. (2014). Revisiting the Asset Model: a clarification of ideas and terms. *Global health promotion*, 21(2), 3–6. <https://doi.org/10.1177/1757975914536849>

Morgan, I. S., & Marsh, G. W. (1998). Historic and future health promotion contexts for nursing. *Image--the journal of nursing scholarship*, 30(4), 379–383. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01337.x>

Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & education, Suppl 2*, 17–22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>

Morgan, A., Davies, M., & Ziglio, E. (2010). *Health assets in a global context: theory, methods, action*. Springer.

Morgan, A., & Hernán, M. (2013). Promoting health and wellbeing through the asset model. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 15(3), 78–86. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202013000300001>

Morse, J. M. (2000). Exploring Pragmatic Utility: Concept Analysis by Critically Appraising the Literature. In B. Rodgers & K. Knafl (Eds.), *Concept development in nursing* (2nd ed., pp.333–352). Saunders.

Mullan, F. (1989). *Plagues and Politics: The Story of the United States Public Health Service*. Basic Books.

Munakata, M. (2018). Clinical significance of stress-related increase in blood pressure: current evidence in office and out-of-office settings. *Hypertension research : official journal of the Japanese Society of Hypertension*, 41(8), 553–569. <https://doi.org/10.1038/s41440-018-0053-1>

Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., Benach, J., & O'Campo, P. (2011). Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of health & illness*, 33(6), 946–964. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01339.x>

Muñoz, M., & Cabieses, B. (2008). Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?. *Rev Panam Salud Pública*, 24(2), 139–46.

Mustard, J. F. (1974). Ontario's Mustard Report: Its Implications For Family Physicians. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 20(7), 68–70.

Naaldenberg, J., Vaandrager, L., Koelen, M., Wagemakers, A. M., Saan, H., & de Hoog, K. (2009). Elaborating on systems thinking in health promotion practice. *Global health promotion*, 16(1), 39–47. <https://doi.org/10.1177/1757975908100749>

Nasar, J. L., & Fisher, B. (1993). "Hot spots" of fear and crime: A multi-method investigation. *Journal of Environmental Psychology*, 13(3), 187–206.

Navarro, V., & Benach, J. (1996). Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales de Salud en España [Social inequities of health in Spain. Report of the Scientific Commission for the Study of Social Inequities in Health in Spain]. *Revista española de salud publica*, 70(5-6), 505–636.

Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social science & medicine* (1982), 52(3), 481–491. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00197-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00197-0)

Navarro, V., Borrell, C., Benach, J., Muntaner, C., Quiroga, A., Rodríguez-Sanz, M., Vergés, N., Gumá, J., & Pasarín, M. I. (2003). The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950–1998. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 33(3), 419–494. <https://doi.org/10.2190/R7GE-8DWK-YY6C-183U>

Neuman, W.L. (2013). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (7th ed.). Pearson.

Newton, J., Dooris, M., & Wills, J. (2016). Healthy universities: an example of a whole-system health-promoting setting. *Global health promotion*, 23(1 Suppl), 57–65. <https://doi.org/10.1177/1757975915601037>

Nova Scotia Council of Health. (1972). *Health care in Nova Scotia—a new direction for the seventies*. Halifax: Nova Scotia.

- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15, 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nyakutsikwa, B., Britton, J., & Langley, T. (2021). The effect of tobacco and alcohol consumption on poverty in the United Kingdom. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(1), 150–158. <https://doi.org/10.1111/add.15096>
- O'Donnell, M. P., & Ainsworth, T. (1984). *Health promotion in the workplace*. Wiley.
- Okanagan Charter. (2015). *Okanagan Charter: An international charter for health promoting universities and colleges*. University of British Columbia. <https://open.library.ubc.ca/soa/cIRcle/collections/59366/items/1.0132754>
- Ong, C. K. Y., Hutchesson, M. J., Patterson, A. J., & Whatnall, M. C. (2021). Is There an Association between Health Risk Behaviours and Academic Achievement among University Students?. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8314. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168314>
- ONUSIDA. (2002). *Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA*. Geneva. Switzerland.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Los Objetivos de desarrollo del Milenio*. World Health Organization.
- Orme, J., & Dooris, M. (2010a). Integrating health and sustainability: the higher education sector as a timely catalyst. *Health education research*, 25(3), 425–437. <https://doi.org/10.1093/her/cyq020>
- Padua, J., Ahman, I., Apezechea, H., & Borsotti, C. (1987). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. Fondo de Cultura Económica.
- Parker, I. (2015). *Handbook of critical psychology*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Parra, W. C., & Cates, W., Jr (1985). Progress toward the 1990 objectives for sexually transmitted diseases: good news and bad. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 100(3), 261–269.
- Pascual, L., Gallardo, C., & Corera, C. (2010). Desarrollo de universidades promotores de la salud: la experiencia de España. En J. Ippolito-Shepherd (Ed.), *Promoción de la salud. Experiencias Internacionales en escuelas y universidades* (pp.253-267). Paidós.

- Paton, K., Sengupta, S., & Hassan, L. (2005). Settings, systems and organization development: the Healthy Living and Working Model. *Health promotion international*, 20(1), 81–89. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah510>
- Patrick, R., & Kingsley, J. (2019). Health promotion and sustainability programmes in Australia: barriers and enablers to evaluation. *Global health promotion*, 26(2), 82–92. <https://doi.org/10.1177/1757975917715038>
- Payne, S.L. (1951). *The art of asking questions*. Princeton University Press.
- Pelikan, J. (2007). Understanding Differentiation of Health in Late Modernity by Use of Sociological Systems Theory. In D. McQueen & I. Kickbusch (Eds.), *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion* (pp.74-102). Springer.
- Pellowski, J. A. (2013). Barriers to care for rural people living with HIV: a review of domestic research and health care models. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*, 24(5), 422–437. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2012.08.007>
- Pérez, E., Braën, C., Boyer, G., Mercille, G., Rehany, É., Deslauriers, V., Bilodeau, A., & Potvin, L. (2020). Neighbourhood community life and health: A systematic review of reviews. *Health & place*, 61, 102238. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102238>
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Técnicas y análisis de datos*. La Muralla.
- Pérez-Wilson, P., Marcos-Marcos, J., Morgan, A., Eriksson, M., Lindström, B., & Álvarez-Dardet, C. (2021). 'A synergy model of health': an integration of salutogenesis and the health assets model. *Health promotion international*, 36(3), 884–894. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa084>
- Pérez-Wilson, P., Marcos-Marcos, J., Carrasco-Portiño, M., Ruiz-Cantero, M. T., & Alvarez-Dardet, C. (2022). Asset map in a Chilean Health Promoting University: 'a strategy for revitalization'. *Health promotion international*, 37(1), daab038. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab038>
- Peterken, C. (1996). *The Health promoting university. A needs assessment: the potential for change*. University of Portsmouth.
- Peterken, C. (1998). The healthy university within a healthy city. In A. Tsouros , G. Dowding, J. Thompson and M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action* (pp.95-104). World Health Organisation.
- Phillips, P., Phillips, J., & Aaron, B. (2013). *Survey Basics*. ASTD.

Pilato, I. B., Beezhold, B., & Radnitz, C. (2022). Diet and lifestyle factors associated with cognitive performance in college students. *Journal of American college health : J of ACH*, 70(7), 2230–2236. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1847118>

Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323(7313), 625–628. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>

Polednak, A.P. (1989). *Racial and ethnic differences in disease*. Oxford University Press.

Pou-Martí, N., Oliveras-Casadellà, S., Batlle-Amat, P., Del Acebo Peña, X., Estrada-Ocon, M., & Juvinyà-Canal, D. (2022). La toma de decisiones en salud comunitaria a través del mapeo de activos en salud [Community health decision-making through the assets mapping]. *Gaceta sanitaria*, 36(4), 392–395. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.01.006>

Power, C., Manor, O., & Matthews, S. (2003). Child to adult socioeconomic conditions and obesity in a national cohort. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*, 27(9), 1081–1086. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802323>

Pratt, J., Gordon, P., & Plamping, D. (2005). *Working Whole Systems: Putting Theory into Practice in Organisations* (2nd ed.). Radcliffe Publishing Limited.

Proshansky, H. M., Fabian, A. K., & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3(1), 57–83. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(83\)80021-8](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(83)80021-8)

Puente-Hidalgo, S., Prada-García, C., Benítez-Andrades, J. A., & Fernández-Martínez, E. (2024). Promotion of Healthy Habits in University Students: Literature Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(10), 993. <https://doi.org/10.3390/healthcare12100993>

Puska, P., Salonen, J. T., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Vartiainen, E., Korhonen, H., Tanskanen, A., Rönqvist, P., Koskela, K., & Huttunen, J. (1983). Change in risk factors for coronary heart disease during 10 years of a community intervention programme (North Karelia project). *British medical journal (Clinical research ed.)*, 287(6408), 1840–1844. <https://doi.org/10.1136/bmj.287.6408.1840>

Raeburn, J., & Rootman, I. (1988). Towards an expanded health field concept: conceptual and research issues in a new era of health promotion. *Health Promotion*, 3(4), 383–392.

Rajabiun, S., Rumpitz, M. H., Felizzola, J., Frye, A., Relf, M., Yu, G., & Cunningham, W. E. (2008). The impact of acculturation on Latinos' perceived barriers to HIV primary care. *Ethnicity & disease*, 18(4), 403–408.

Raphael, D. (2008). Grasping at straws: a recent history of health promotion in Canada. *Critical Public Health*. 18(4), 483-495.

Rapoport, A. (1974). Simbolismo y diseño del entorno. En A. Rapoport (Ed.), *Aspectos de la calidad del entorno* (pp.23-32). La Gaya Ciencia.

Restrepo, H. (2001a). Conceptos y definiciones. En H. Restrepo & H.Málaga (Eds.), *Promoción de la salud: Como construir vida saludable*. (pp.24-33). Editorial médica panamericana.

Restrepo, H. (2001b). Agenda para la acción en Promoción de la Salud. En H. Restrepo & H.Málaga (Eds.), *Promoción de la salud: Como construir vida saludable*. (pp.34-55). Editorial médica panamericana.

Red Española de Universidades Saludables. (2017). *Estatutos de la Red Española de Universidades Saludables*.
https://www.unisaludables.es/media/ESTATUTOS_REUS_30_NOVIEMBRE_2017.pdf

Reuter, P. R., Forster, B. L., & Brister, S. R. (2021). The influence of eating habits on the academic performance of university students. *Journal of American college health : J of ACH*, 69(8), 921–927. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1715986>

Rifkin S. B. (1996). Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta tropica*, 61(2), 79–92.
[https://doi.org/10.1016/0001-706x\(95\)00105-n](https://doi.org/10.1016/0001-706x(95)00105-n)

Rinaldi, C., & Bekker, M. P. M. (2021). A Scoping Review of Populist Radical Right Parties' Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe. *International journal of health policy and management*, 10(3), 141–151.
<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.48>

Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud. (2007). *Acta constitutiva de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud*. https://bea39f6a-291b-4f6e-9209-82ed1a24fae7.filesusr.com/ugd/cfb751_c4079d00f662484796a969b11fbd6c74.pdf

Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud. (2017). *Declaración de Alicante sobre la Promoción de la Salud y Universidad. Construyendo Entornos Sociales y Educativos Saludables*. VIII Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de Salud, Alicante,

España. <https://www.um.es/documents/4856678/5231793/DeclaracionAlicante2017.pdf/598e0885-0ffa-48c8-a3da-3963d5c8798f>

Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud. (2022, 10-12 de octubre). X Congresso Ibero-Americano de Universidades Promotoras de Saúde, Coimbra, Portugal. <https://riupscoimbra2022.organideia.pt/wp/>

Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud. (2024, 23-25 de Octubre). XI Congresso Ibero-Americano de Universidades Promotoras de Saúde, Niterói, Brasil. <https://riupsniteroi2024.com.br>

Risjord, M. (2009). Rethinking concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 65(3), 684–691. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04903.x>

Risjord, M. (2010). *Nursing Knowledge, science, practice and philosophy*. John Wiley.

Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud [Salutogenic model analysis in Spain: application in public health and implications for asset health model]. *Revista española de salud pública*, 85(2), 129–139. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011000200002>

Rodgers, B. (1993). Concept analysis: an evolutionary view. In B. Rodgers & K.A. Knafl (Eds.), *Concept Development in Nursing* (pp.73-92). Saunders.

Rodgers, B. (2000). Concept analysis and evolutionary view. In B. Rodgers & K. Knafl (Eds.), *Concept development in nursing* (2nd ed., pp.77-102). Saunders.

Rose, G., Tunstall-Pedoe, H. D., & Heller, R. F. (1983). UK heart disease prevention project: incidence and mortality results. *Lancet (London, England)*, 1(8333), 1062–1066. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(83\)91907-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(83)91907-4)

Rosen, G. (1993). *A history of public health*. John Hopkins University Press.

Rosenberg, A. (2016). *Philosophy of Social Science* (5th ed.). Routledge.

Rotegård, A. K., Moore, S. M., Fagermoen, M. S., & Ruland, C. M. (2010). Health assets: a concept analysis. *International journal of nursing studies*, 47(4), 513–525. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.005>

Rothwell, J. T., & Massey, D. S. (2010). Density zoning and class segregation in U.S. metropolitan areas. *Social science quarterly*, 91(5), 1123–1143. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2010.00724.x>

Ruano-Casado, L., & Ballestar-Tarín, M.L. (2015). Incorporación de la promoción y educación para la salud en los planes de estudio de grado en Ciencias de la Salud de la Universitat de Valencia. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 18, 149-153.
<https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322015000200011>

Ruderman, A. P. (1970). Task force reports on the cost of health services in Canada: a review article. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 61(4), 321–324.

Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of epidemiology and community health*, 56(2), 119–127. <https://doi.org/10.1136/jech.56.2.119>

Sagy, S. (2016). Salutogenesis in the Era After Antonovsky. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis*. (pp. 43–44). Springer.

Sagy, S., Eriksson, M., & Braun-Lewensohn, O. (2015). The Salutogenic Paradigm. In S. Joseph (Ed.). *Positive Psychology in Practice: Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education, and Everyday life* (2nd., pp.61-80). John Wiley & Sons.

Saheb, R., Mortimer, T., Rutherford, E., Sperandei, S., & Reis, A. (2021). Creating Healthy Universities: The role of campus-based health promotion events in supporting student well-being. *Health promotion journal of Australia : official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 32(1), 13–20.
<https://doi.org/10.1002/hpja.305>

Sáinz-Ruiz, P. A., Sanz-Valero, J., Gea-Caballero, V., Melo, P., Nguyen, T. H., Suárez-Máximo, J. D., & Martínez-Riera, J. R. (2021). Dimensions of Community Assets for Health. A Systematised Review and Meta-Synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5758.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18115758>

Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 465–485). Jossey-Bass.

Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3a ed.). McGraw-Hill.

Sánchez, A. (1975). La ideología de la “neutralidad ideológica” en las ciencias sociales. *Historia y Sociedad*, 7, 9-25.

Sánchez Ordóñez, J. M., & Gimeno Navarro, M. A. (2022). Universidades saludables: conceptos, dimensiones y enfoques para la construcción de entornos universitarios

saludables. *Hacia La Promoción de La Salud*, 27(1), 234–250.

<https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.1.16>

Sanci, L., Williams, I., Russell, M., Chondros, P., Duncan, A. M., Tarzia, L., Peter, D., Lim, M. S. Y., Tomy, A., & Minas, H. (2022). Towards a health promoting university: descriptive findings on health, wellbeing and academic performance amongst university students in Australia. *BMC public health*, 22(1), 2430. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14690-9>

Sanderson, I. (2006). Complexity, ‘practical rationality’ and evidence-based policy making. *Policy & Politics*, 34(1), 115-132. Retrieved Nov 21, 2024, from <https://doi.org/10.1332/030557306775212188>

Sandín, M., Giménez, M., & Ortega, M. (2023). Priorizando activos en salud: hablan estudiantes de la Universidad de Alcalá. En M. Corbí, D. Ortega & A. Aguiló (Eds.), *El contexto universitario como espacio promotor de hábitos saludables* (pp. 107-108). II Congreso de Universidades Promotoras de la Salud, Burgos, España.

Sarmiento, J.P. (2017). Healthy universities: mapping Health-promotion interventions. *Health Education*, 117(2), 162-175.

Scales, P., & Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of scientific research on adolescent development*. Search Institute, Minneapolis.

Schmidt, R.C. (1997). Managing delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *Decision Sciences*. 28, 763–74. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.1997.tb01330.x>

Schofield, R., Reher, D., & Bideau, A. (1991). *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford University Press.

Scholly, K., Katz, A. R., Gascoigne, J., & Holck, P. S. (2005). Using social norms theory to explain perceptions and sexual health behaviors of undergraduate college students: an exploratory study. *Journal of American college health : J of ACH*, 53(4), 159–166. <https://doi.org/10.3200/JACH.53.4.159-166>

Schröder, S. L., Richter, M., Schröder, J., Frantz, S., & Fink, A. (2016). Socioeconomic inequalities in access to treatment for coronary heart disease: A systematic review. *International journal of cardiology*, 219, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.05.066>

Schultz, K.S., & Whitney D.J. (2005). *Measurement Theory in Action: Case Studies and Exercises*. Sage.

- Schutz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Amorrortu editores.
- Schwandt, T. A. (1997). Evaluation as Practical Hermeneutics. *Evaluation*, 3(1), 69-83. <https://doi.org/10.1177/135638909700300105>
- Scriven, A., & Hodgins, M. (2012). *Health Promotion Settings. Principles and Practice*. Sage.
- Sedghi, F., Mahdizadeh, M., Vahedian-Shahroodi, M., & Gholian-Aval, M. (2023). Exploring the conceptual framework of a health-promotion faculty from the perspective of members: a qualitative study. *BMJ open*, 13(5), e073059. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073059>
- Sedgwick, M., & Spiers, J. (2009). The Use of Videoconferencing as a Medium for the Qualitative Interview. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/160940690900800101>
- Seedhouse, D. (1997). *Health Promotion: Philosophy, Prejudice and Practice*. John Wiley.
- Selye, H. (1973). Homeostasis and heterostasis. *Perspectives in biology and medicine*, 16(3), 441–445. <https://doi.org/10.1353/pbm.1973.0056>
- Senge, P. (2006). *The fifth discipline. The Art & Practice of The Learning Organisation*. Random House.
- Sennett, R. (2009). *El artesano*. Anagrama.
- Sheldon, T. A., & Parker, H. (1992). Race and ethnicity in health research. *Journal of public health medicine*, 14(2), 104–110.
- Sidiropoulos, E., Jeffery, A., Mackay, S., Forgey, H., Chipps, C., & Corrigan, T. (1997). *South Africa Survey*. South African Institute of Health relations.
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and Human welfare*. Yale University Press.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Sage.
- Sirakamon, S. (2009). *An ethnographic exploration of health promoting faculty development in Health sciences campus* [doctoral thesis unpublished]. Chiang Mai University.

- Sirakamon, S., Chontawan, R., Akkadechanun, T., & Turale, S. (2011). Factors influencing the development of a Thai health-promoting faculty of nursing: an ethnographic exploration. *Nursing & health sciences*, 13(4), 447–456. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00655.x>
- Sirakamon, S., Chontawan, R., Akkadechanun, T., & Turale, S. (2017). An ethnography of health-promoting faculty in a Thailand university. *Health promotion international*, 32(1), 44–52. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat083>
- Smaje, C. (1996). The ethnic patterning of health: New directions for theory and research. *Sociology of Health and Illness*, 18(2), 139–171.
- Smith, G. D., Bartley, M., & Blane, D. (1990). The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BMJ (Clinical research ed.)*, 301(6748), 373–377. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6748.373>
- Smith, G. D., & Morris, J. (1994). Increasing inequalities in the health of the nation. *BMJ (Clinical research ed.)*, 309(6967), 1453–1454. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6967.1453>
- Smith, K., & Foster, J. (2014). ‘*Alcohol, Health Inequalities and the Harm Paradox: Why some groups face greater problems despite consuming less alcohol*’. Institute of Alcohol Studies.
- Solar, O., & Irwin, A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health promotion journal of Australia : official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 17(3), 180–185. <https://doi.org/10.1071/he06180>
- Solar, O. & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Comisión on Social Determinants of Health. WHO.
- Sorkin, D. H., Nguyen, H., & Ngo-Metzger, Q. (2011). Assessing the mental health needs and barriers to care among a diverse sample of Asian American older adults. *Journal of general internal medicine*, 26(6), 595–602. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1612-6>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R.d (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

Squires, N., & Strobl, J. (1996, 24-27 march). *Healthy prison: a vision for the future* [Conferència]. University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom.

St. Leger, L. (1997). Health Promoting Settings: From Ottawa to Jakarta. *Health Promotion International*, 12(2), 99-101.

Stafford, M., & Marmot, M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally?. *International journal of epidemiology*, 32(3), 357–366.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyg084>

Stinson, R. D. (2010). Hooking up in young adulthood: A review of factors influencing the sexual behavior of college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24(2), 98–115. <https://doi.org/10.1080/87568220903558596>

Stock, C., Milz, S., & Meier, S. (2010). Network evaluation: principles, structures and outcomes of the German working group of Health Promoting Universities. *Global health promotion*, 17(1), 25–32. <https://doi.org/10.1177/1757975909356635>

Stokols, D. (1990). Instrumental and spiritual views of people-environment relations. *American Psychologist*, 45(5), 641–646. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.5.641>

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments. Toward a social ecology of health promotion. *The American psychologist*, 47(1), 6–22.
<https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.1.6>

Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion : AJHP*, 10(4), 282–298.
<https://doi.org/10.4278/0890-1171-10.4.282>

Stokols, D., & Schumaker, S.A. (1981). People in Places: A Transactional View of Settings. In J.H. Harvey (Ed.), *Cognition, Social Behavior, and the Environment* (pp 441- 488). Hillsdale.

Stokols, D., Grzywacz, J. G., McMahan, S., & Phillips, K. (2003). Increasing the health promotive capacity of human environments. *American journal of health promotion : AJHP*, 18(1), 4–13. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-18.1.4>

Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health promotion international*, 34(5), e1–e17.
<https://doi.org/10.1093/heapro/day062>

- Sturges, J. E., & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: A research note. *Qualitative Research*, 4(1), 107–118. <https://doi.org/10.1177/1468794104041110>
- Suárez-Reyes, M., & Van den Broucke, S. (2016). Implementing the Health Promoting University approach in culturally different contexts: a systematic review. *Global health promotion*, 23(1 Suppl), 46–56. <https://doi.org/10.1177/1757975915623933>
- Suárez-Reyes, M., Muñoz Serrano, M., & Van den Broucke, S. (2019). How do universities implement the Health Promoting University concept?. *Health promotion international*, 34(5), 1014–1024. <https://doi.org/10.1093/heapro/day055>
- Suárez-Reyes, M., Muñoz Serrano, M., & Van den Broucke, S. (2021). Factors influencing the implementation of the Health Promoting University initiative: experiences of Ibero-American universities. *Health promotion international*, 36(5), 1346–1356. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa154>
- Suárez-Reyes, M., & Van den Broucke, S. (2023). Participation of university community members in Health Promoting University (HPU) initiatives. *Frontiers in public health*, 11, 1217177. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1217177>
- Sue, V., & Ritter, L. (2011). *Conducting Online Surveys* (2nd ed.). Sage.
- Sukys, S., Cesnaitiene, V. J., & Ossowsky, Z. M. (2017). Is Health Education at University Associated with Students' Health Literacy? Evidence from Cross-Sectional Study Applying HLS-EU-Q. *BioMed research international*, 2017, 8516843. <https://doi.org/10.1155/2017/8516843>
- Sweeting, H., Thomson, H., Wells, V., & Flowers, P. (2023). Evolution of 'whole institution' approaches to improving health in tertiary education settings: a critical scoping review. *Research papers in education*, 38(4), 661–689. <https://doi.org/10.1080/02671522.2021.1961302>
- Syme, S. L. (2005). Historical Perspective: The social determinants of disease - some roots of the movement. *Epidemiologic perspectives & innovations* : EP+I, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1742-5573-2-2>
- Syme, S. L., Hyman, M. M., & Enterline, P. E. (1965). Cultural mobility and the occurrence of coronary heart disease. *Journal of health and human behavior*, 6(4), 178–189.
- Szreter, S. (1988). The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline c.1850–1914: a Re-interpretation of the Role of Public Health. *Social History of Medicine*, 1, 1-38.

- Szreter, S. (2000). The McKeown Thesis. *Journal of Health Services Research & Policy*, 5(2), 119-121.
- Ta, M., & Shankardass, K. (2021). Piloting the Use of Concept Mapping to Engage Geographic Communities for Stress and Resilience Planning in Toronto, Ontario, Canada. *International journal of environmental research and public health*, 18(20), 10977. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010977>
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (2nd ed., pp. 7-24). Nelson-Hall.
- Tarde, G. (1986). *Opinión y la multitud*. Taurus.
- Tariq, S., & Woodman, J. (2013). Using mixed methods in health research. *JRSM short reports*, 4(6), 2042533313479197. <https://doi.org/10.1177/2042533313479197>
- Taylor, P., Saheb, R., & Howse, E. (2019). Creating healthier graduates, campuses and communities: Why Australia needs to invest in health promoting universities. *Health promotion journal of Australia : official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 30(2), 285–289. <https://doi.org/10.1002/hpja.175>
- Terris, M. (1984). Newer perspectives on the health of Canadians: beyond the Lalonde report. The Rosenstadt lecture. *Journal of public health policy*, 5(3), 327–337.
- Theaker, T., & Thompson, J. (1995, November 17-20). *The settings-based approach to health promotion: report of an international working conference*. Hertfordshire, UK.
- Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet, S., & López López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 18(1), 45–59.
- Trangenstein, P. J., Peddireddy, S. R., Cook, W. K., Rossheim, M. E., Monteiro, M. G., & Jernigan, D. H. (2021). Alcohol Policy Scores and Alcohol-Attributable Homicide Rates in 150 Countries. *American journal of preventive medicine*, 61(3), 311–319. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.03.020>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J., & Dooris, M. (1998). *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action*. World Health Organisation. Regional Office for Europe.
- Tulchinsky, T. H. (2018). Marc Lalonde, the Health Field Concept and Health Promotion. *Case Studies in Public Health*, 523–541. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00028-7>
- Tulchinsky, T., & Varavikova, E. (2000). *The New Public Health: An introduction for the 21st century*. Academy Press.
- UNAIDS. (2021). *Global AIDS Strategy 2021-2026 End Inequalities. End AIDS*. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>
- Underwood, P., Owen, A., & Winkler, R. (1986). Replacing the clockwork model of medicine. *Community health studies*, 10(3), 275–283. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1986.tb00109.x>
- UNESCO. (1998). Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y Acción. *Revista Educación Superior y Sociedad*, 9(2), 97-113.
- UNESCO. (2020). *Global Education Monitoring Report 2020- Latin America and the Caribbean- Inclusion and education: All means all*. UNESCO.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *The American journal of orthopsychiatry*, 81(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>
- Ungvári, Z., Ádány, R., Szabó, A. J., Dörnyei, G., Moizs, M., Purebl, G., Kalabay, L., Varga, P., Torzsa, P., Kellermayer, M., & Merkely, B. (2021). Semmelweis Caring University Model Program Based on the Development of a Center of Preventive Services: Health for All Employees at a University Occupational Setting. *Frontiers in public health*, 9, 727668. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.727668>
- United Nations. (2020). *The Sustainable Development Goals Report 2020*. United Nations. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/>
- UNESCO. (2022). *Education in Latin America and the Caribbean at a crossroads. Regional monitoring report SDG4-Education 2030*. UNESCO.
- US Office of Disease Prevention and Health Promotion. (1986). *The 1990 health objectives for the nation: a midcourse review*. Washington, D.C: US Dept. of Health

and Human Services, Public Health Service, Office of Disease Prevention and Health Promotion.

US Surgeon-General. (1979). *Health promotion/disease prevention: objectives for the nation*. Washington, D.C.: Dept. of Health & Human Services.

Vaandrager, L., & Kennedy, L. (2022). The Application of Salutogenesis in Communities and Neighborhoods. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis*. (2nd ed., pp. 349–359). Springer.

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>

Valera-Gran, D., Prieto-Botella, D., Hurtado-Pomares, M., Hernández-Sánchez, S., Garcia-de-la-Hera, M., Navarrete-Muñoz, E. M., & Pérez-Vazquez, M. T. (2022). Desarrollo de un proceso participativo para el diagnóstico de salud comunitaria en estudiantes de la Universidad Miguel Hernández: Proyecto #beUMHealthy. *Global health promotion*, 29(2), 136–140. <https://doi.org/10.1177/17579759211015912>

Valero, A., & Van Reenen, J. (2018). The conomic impact of universities: Evidence from across the globe. *Economics of Education Review*, 68, 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2018.09.001>

Van Bortel, T., Wickramasinghe, N. D., Morgan, A., & Martin, S. (2019). Health assets in a global context: a systematic review of the literature. *BMJ open*, 9(2), e023810. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023810>

van Daele, T., van Audenhove, C., Hermans, D., van den Bergh, O., & van den Broucke, S. (2014). Empowerment implementation: enhancing fidelity and adaptation in a psycho-educational intervention. *Health promotion international*, 29(2), 212–222. <https://doi.org/10.1093/heapro/das070>

van Herten, L. M., & van de Water, H. P. (1999). New global Health for All targets. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7211), 700–703. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7211.700>

Van de Ven, A.H. (2007). *Engaged Scholarship: A Guide for Organizational and Social Research*. Oxford University Press.

van Rossum, C. T., Shipley, M. J., van de Mheen, H., Grobbee, D. E., & Marmot, M. G. (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *Journal of epidemiology and community health*, 54(3), 178–184. <https://doi.org/10.1136/jech.54.3.178>

Van Selm, M., & Jankowski, N. (2006). Conducting Online Surveys. *Qual Quant* 40, 435–456.

Vanable, P. A., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2003). Smoking among psychiatric outpatients: relationship to substance use, diagnosis, and illness severity. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17(4), 259–265. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.17.4.259>

Vermeulen-Smit, E., Koning, I. M., Verdurmen, J. E., Van der Vorst, H., Engels, R. C., & Vollebergh, W. A. (2012). The influence of paternal and maternal drinking patterns within two-partner families on the initiation and development of adolescent drinking. *Addictive behaviors*, 37(11), 1248–1256. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.005>

Villermé, L.R. (1840). *Tableau de l'état physyque et moral des ouvrirs employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*. Jules Renouard.

Vinje, H. F., Langeland, E., & Bull, T. (2016). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In M. B. Mittelmark (Eds.) et. al., *The Handbook of Salutogenesis*. (pp. 25–40). Springer.

Vinuesa, M.L. (2005). La encuesta. Observación extensiva de la realidad. En Berganza, M.R., & Ruiz, J.A. (Eds.), *Investigar en comunicación: guía práctica de métodos y técnicas de investigación social en comunicación* (pp.177-205). McGraw-Hill.

Virchow, R. C. (2006). Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. 1848. *American journal of public health*, 96(12), 2102–2105. <https://doi.org/10.2105/ajph.96.12.2102>

Von Bertalanffy, L. (1950a). An outline of general system theory. *British Journal for the Philosophy of Science*, 1, 134–165. <https://doi.org/10.1093/bjps/I.2.134>

Von Bertalanffy, L. (1950b). The theory of open systems in physics and biology. *Science (New York, N.Y.)*, 111(2872), 23–29. <https://doi.org/10.1126/science.111.2872.23>

Walberg, P., McKee, M., Shkolnikov, V., Chenet, L., & Leon, D. A. (1998). Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 317(7154), 312–318. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7154.312>

Walker, L.O., & Avant, K.C. (1983). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. Appleton-Century-Crofts.

Walker, L.O., & Avant, K.C. (2005). *Strategies for Theory Construction in Nursing* (4th ed.). Pearson Prentice Hall.

- Wallis, S. E. (2008). Emerging order in CAS theory: Mapping some perspectives. *Kybernetes*, 37(7), 1016–1029.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health education quarterly*, 21(2), 141–148. <https://doi.org/10.1177/109019819402100202>
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *American journal of public health*, 100 Suppl 1(Suppl 1), S40–S46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>
- Walton, M. (2016). Expert views on applying complexity theory in evaluation: Opportunities and barriers. *Evaluation*, 22(4), 410–423.
- Ward, J. (1963). Hierarchical Grouping to Optimize an Objective Function. *Journal of the American Statistical Association*. 301(58), 236-244.
- Weare, K. (2001). Health Promoting Schools in action: A Guide for Schools. *Health Education*, 101(3), 139-141. <https://doi.org/10.1108/he.2001.101.3.139.2>
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: a continuing problem. Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American college health : J of ACH*, 48(5), 199–210. <https://doi.org/10.1080/07448480009599305>
- Wegman, D. H. (1992). The potential impact of epidemiology on the prevention of occupational disease. *American journal of public health*, 82(7), 944–954.
- Wenzel, E. (1997). “A comment on settings in health promotion”. Internet Journal of Health Promotion. Disponible a: <http://www.ijhp.org/articles/1997/1> (s’ha accedit el 3 de febrer del 2023).
- White, M. (1998). Creating a healthy medical school. In A. Tsouros , G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Eds.), *Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for action* (pp.57-68). World Health Organisation.
- Whitehead, D. (2004). The Health Promoting University (HPU): the role and function of nursing. *Nurse education today*, 24(6), 466–472. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.05.003>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.

Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health promotion international*, 16(4), 339–353. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Wild, S., & McKeigue, P. (1997). Cross sectional analysis of mortality by country of birth in England and Wales, 1970–92. *BMJ (Clinical research ed.)*, 314(7082), 705–710. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7082.705>

Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ (Clinical research ed.)*, 304(6820), 165–168. <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6820.165>

Wilson, J. (1963). *Thinking with concepts*. Cambridge University Press.

Winslow, C. (1923). *The Evolution and Significance of the Modern Public Health*. Yale University Press.

World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva. Switzerland.

World Health Organization. (1978). *The Alma Ata Declaration*. Geneva. Switzerland.

World Health Organization. (1984). *Health for All Targets*. Copenhagen. Denmark.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization.

World Health Organization. (1991). *Sundsvall statement on supportive environments for health*. WHO.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO.

World Health Organization. (2000). *Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action*. WHO.

World Health Organization. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. WHO.

World Health Organization. (2009). *Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion*. WHO.

World Health Organization. (2013). *Health in All Policies*. WHO.

World Health Organization. (2016). *Promoting health in the SDGs*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Health Promotion for Well-being, Equity and Sustainable Development*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000-2025* (4th ed.). WHO.

Xiangyang, T., Lan, Z., Xueping, M., Tao, Z., Yuzhen, S., & Jagusztyn, M. (2003). Beijing health promoting universities: practice and evaluation. *Health promotion international*, 18(2), 107–113. <https://doi.org/10.1093/heapro/18.2.107>

Yang, J., Siri, J. G., Remais, J. V., Cheng, Q., Zhang, H., Chan, K. K. Y., Sun, Z., Zhao, Y., Cong, N., Li, X., Zhang, W., Bai, Y., Bi, J., Cai, W., Chan, E. Y. Y., Chen, W., Fan, W., Fu, H., He, J., Huang, H., ... Gong, P. (2018). The Tsinghua-Lancet Commission on Healthy Cities in China: unlocking the power of cities for a healthy China. *Lancet (London, England)*, 391(10135), 2140–2184. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30486-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30486-0)

Yen, I. H., & Kaplan, G. A. (1999). Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County Study. *International journal of epidemiology*, 28(1), 90–94. <https://doi.org/10.1093/ije/28.1.90>

Zimmerman, B., Lindberg, C., & Plsek, P. (2008). *Edgware: Lessons from complexity science for Health care leaders* (2nd ed.). VHA Incorporated.

Annex I. Característiques de les Universitats de la Xarxa Vives

Taula 37

Característiques de les universitats de la Xarxa Vives

Nom	Tipus	Nombre d'estudiants	Nombre de personal docent i investigador (PDI)	Nombre de personal d'administració i serveis (PAS)	Oferta acadèmica de grau (primer cicle universitari)	Oferta acadèmica de posgrau	Facultats i escoles / centres adscrits	Membre de la REUS
Universitat d'Andorra (UdA)	Pública	1.194	25	12	15	3/1	1	No
Universitat Abat Oliva CEU	Privada	1.959	224	53	11	17	3	No
Universitat d'Alacant	Pública	32.000	2.703	1.422	50	57/30	8	Sí
Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)	Pública	34.892	4.020	2.760	112	140/67	13	Sí
Universitat de Barcelona (UB)	Pública	73.926	5.963	2.387	73	170/48	16/10	Sí
Universidad Cardenal Herrera (CEU)	Privada	9.777	837	385	29	20/6	5	Sí
Universitat de Girona	Pública	15.316	1.421	605	61	44/14	9/6	Sí
Universitat de les Illes Balears	Pública	13.405	1.080	614	41	33/24	16	Sí
Universitat Internacional de Catalunya (UIC)	Privada	5.254	738	460	14	19/11	8	Sí
Universitat Jaume I	Pública	13.685	1.545	657	35	46/22	4	Sí

Universitat de Lleida	Pública	10.074	1.221	980	49	31/14	7/4	Sí
Universitas Miguel Hernández	Pública	14.176	1.184	570	28	47/13	9	Sí
Universitat Oberta de Catalunya (UOC)	Pública	87.000	478/5300		28	121/8	2	Sí
Université Perpignan	Pública	9.500	440				10	
Universitat Politècnica de Catalunya (UPC)	Pública	29.812	3.523	2.074	65	84/45	21	No
Universitat Pompeu Fabra (upf)	Pública	13.048	2.353	725	27	34/9	8/7	Sí
Universitat Ramon Llull	Privada	21.253	1.587	1.216	48	60/13	16	No
Universitat Rovira i Virgili	Pública	14.931	1.194	745	59	53/25	12	Sí
Università degli studi di Sassari	Pública	13.507						
Universitat de València	Pública	51.346	4.486	2.026	56	103/61	17	Sí
Universitat Politècnica de València	Pública	28.000	2.500	1.500	40	90/30	14	Sí
Universitat de Vic. Universitat central de Catalunya	Privada	18.526	1.386	548	32	14/10	6	No

Les dades són només de les titulacions oficials.

Dades obtingudes de les memòries del curs acadèmic 2021-2022

Les titulacions de grau inclou les dobles titulacions de grau

El nombre d'estudiants no inclou els estudiants matriculats en programes de formació continua

Annex II. Carta de participació a la validació d'experts

Benvolgut/da,

Ens adrecem a vostè per demanar-li la seva col·laboració com a expert per a la validació d'un instrument de recollida de dades elaborat específicament per copsar les percepcions dels estudiants i dels treballadors i les treballadores que integren el context universitari, el qual s'engloba dins del treball de tesi doctoral "La universitat com a entorn promotor de la salut" de la Universitat d'Andorra. Aquest treball està dirigit per la Dra. Sara Esqué i la Dra. Dolors Juvinyà, de la Universitat de Girona.

L'instrument de recollida de dades que li facilitem és *l'enquesta sobre percepcions de la promoció de la salut en el context universitari*, que permetrà identificar i avaluar les percepcions dels diferents agents que componen l'estructura institucional en relació a la capacitat del context universitari d'esdevenir un espai creador de salut i de benestar.

Per aquesta raó, ens adrecem a vostè com a expert, i ens agradaria que revisés el format de plantejament de l'enquesta que li facilitem. Agraïrem qualsevol aportació que pugui suggerir.

L'instrument de validació inclou:

1. Dades sociodemogràfiques
2. Promoció de la salut en el context universitari
3. Actius en salut

Restem a la seva disposició per a qualsevol aclariment.

Gràcies per la seva col·laboració.

Pol Comellas Sáenz

Doctorand al Programa de doctorat de la Universitat d'Andorra

Universitat d'Andorra

A/e: pcomellas@uda.ad

Annex III. Carta de presentació a l'estudi per a les universitats

Carta de presentació

Benvolgut/da

Soc en Pol Comellas, doctorand a la Universitat d'Andorra gràcies a l'ajut per a la investigació atorgat per la mateixa universitat, i membre del grup de recerca en Ciències de la Salut i Serveis Sanitaris de la Universitat d'Andorra. En el present, estic realitzant la tesi doctoral sobre "la universitat com a entorn promotor de la salut", codirigida per la Dra. Sara Esqué de la Universitat d'Andorra i per la Dra. Dolors Juvinyà, de la Universitat de Girona.

El motiu de la present carta deriva de la idoneïtat de la institució de la qual vostè en forma part de participar en l'aproximació empírica al fenomen d'estudi. Les universitats com a nuclis neuràlgics del desenvolupament intel·lectual i social, responsables i compromeses amb la salut dels seus membres i de la societat en general, estan en la base dels principis teòrics de l'activitat en salut pública. En aquest moment de canvi i d'especulació política, econòmica i social, emparada per la incertesa i les limitacions, la investigació, i en concret la universitat, esdevenen un binomi conspicu d'anàlisi.

L'objectiu general de la investigació pot ésser dividit en tres proposicions:

- I. Analitzar la implementació del model de les universitats promotores de la salut,
- II. Examinar la qualitat de vida de l'estudiantat i el personal universitari
- III. Identificar els actius o les potencialitats pròpies de la universitat, que són percebudes com a beneficioses en la creació de l'estat de salut personal

Per aquest motiu, agrairíem comptar amb la seva participació, i la dels membres que vostè representa mitjançant l'aprovació del document "consentiment informat", que es presenta de forma adjunta a la carta. Així mateix, li agraeixo per endavant el seu temps i la seva col·laboració.

En cas de dubte o aclariment resto a la seva disposició.

Cordialment,

Pol Comellas Sáenz

A/e: pcomellas@uda.ad

ORCID: 0000-0001-7302-3519

Annex IV. Carta de presentació a l'estudi per a l'estudiantat

Full informatiu per als participants.

Títol de l'estudi: La universitat com entorn promotor de la salut

Quin és el propòsit de l'estudi?

Soc un estudiant del curs de doctorat de la Universitat d'Andorra i estic realitzant una investigació per explorar les percepcions sobre el terme "universitat promotora de salut". Les universitats promotores de salut formen part d'una estratègia global més àmplia promoguda per l'OMS interessada en la creació d'entorns saludables per a la salut.

Per quin motiu he estat escollit?

La teva universitat ha acceptat participar com a estudi de cas per aquesta investigació. Per aquest motiu, em poso en contacte amb tu per preguntar-te si voldries contribuir en el procés de recerca mitjançant la participació en una entrevista semiestructurada gravada.

Haig de participar?

La participació en aquesta investigació és completament voluntària. Depèn de tu si decideixes participar o no. En el cas que decideixis participar, se't proporcionarà el consentiment informat per a la seva aprovació. Tanmateix, si decideixes continuar amb la recerca ets lliure d'abandonar-la en qualsevol moment sense donar cap explicació. Tant la teva voluntat de participar en l'estudi com si decideixes abandonar durant el transcurs del mateix, no t'afectarà de cap manera.

Què passarà si decideixo participar?

Si decideixes participar en l'estudi se't proporcionarà un qüestionari per captar informació sobre les teves percepcions respecte a la universitat.

Quins són els possibles efectes perniciosos de participar?

No es preveu que hi hagi cap efecte pernicios ni riscos associat a la teva participació a l'estudi.

Quins són els possibles beneficis de participar en l'estudi?

La informació que ens proporcioni contribuirà a la clarificació del concepte "universitats promotores de la salut", i en un sentit més pragmàtic, a una millor comprensió de com la salut i el benestar es poden fomentar en l'entorn universitari.

Es mantindrà confidencial la meva participació a l'estudi?

Tota la informació que ens proporcionis durant el transcurs de la investigació es mantindrà estrictament confidencial. Les gravacions es guardaran digitalment i només podran ser accessibles per l'investigador. Totes les gravacions i les transcripcions seran eliminades en un període de 5 anys després de l'enviament de la tesi doctoral. Qualsevol informació sobre tu o la teva organització que pugui ser compartida amb altres parts, com per exemple en informes o publicacions científiques, serà tractada de tal manera que no se't pugui identificar.

Qui ha revisat l'estudi?

Aquest estudi ha estat aprovat per la Junta Acadèmica de la Universitat d'Andorra

Fonts de contacte

Investigador: Pol Comellas, Universitat d'Andorra. E-mail: pcomellas@uda.ad

Cap d'àrea: Professora Sara Esqué, Universitat d'Andorra. E-mail: sesque@uda.ad

Annex V. Carta explicativa de l'estudi

Nota informativa



L'estudi al qual la seva institució ha estat convidada a participar pretén analitzar la capacitat de les universitats que integren l'organització de la Xarxa Vives d'Universitats d'esdevenir entorns promotors de la salut. La lògica de la recerca no és valorar el grau d'acceptabilitat de les accions efectuades en la universitat, sinó traslladar el focus d'atenció a les particularitats de cada context mitjançant les percepcions dels membres que integren la mateixa. A tal efecte, la investigació de camp està estructurada en dues fases:

1). Primera fase: realització d'una entrevista semiestructurada amb algun agent expert o encarregat de gestionar la implementació de la promoció de la salut en la universitat. L'entrevista està formada per deu categories d'anàlisi extretes de la literatura i té una duració aproximada d'uns 40 minuts.

2). Segona fase: efectuació d'entrevistes i administració de qüestionaris a tots els agents que integren la comunitat universitària. A saber: PAS, PDI i l'estudiantat. L'entrevista configurada presenta unes característiques similars a la plantejada en el punt primer. En el cas del qüestionari electrònic, aquest es troba en la darrera fase de la validació per experts, i està articulat en 30 ítems. La prova pilot inicial efectuada va reportar un temps de resposta mitjana de 9 minuts.

En el cas d'acceptar de manera voluntària, i prèvia autorització del consentiment informat, les entrevistes seran enregistrades per al seu futur tractament. En l'exposició i divulgació acadèmica de les dades obtingudes de les fonts instrumentals aplicades les persones participants seran anonimitzades per protegir la seva identitat. Així mateix, la decisió de participació d'una activitat no comporta l'acceptació obligatòria de continuar amb l'estudi. Això és, la universitat com a participant global podrà decidir de manera deliberada i sense perjudici algun de quines accions col·laborar.

Totes aquelles persones que vulguin formar part de l'estudi o estiguin interessades en conèixer amb major grau de detall les característiques del mateix i / o participar d'alguna

de les activitats definides en els dos punts descrits en l'epígraf primer poden contactar directament amb el responsable de la recerca mitjançant el correu electrònic següent: pcomellas@uda.ad.

Agraïm per endavant el seu temps i l'interès mostrat en la recerca. Esperem que els resultats que de la mateixa se'n derivin permetin dibuixar directrius futures clares i compromeses amb la millora de l'estat de salut i del benestar de tots els actors que freqüenten la universitat en el seu dia a dia. Tanmateix, l'estudi representa una primera aproximació empírica a l'escrutini de la capacitat promotora de salut de les universitats de la XVU amb la intenció de mobilitzar els recursos necessaris i operativitzar les necessitats i els reptes experimentats en cada una de les realitats particulars.

Qualsevol dubte, neguit, o simplement curiositat, no dubti en posar-se en contacte tot utilitzant l'adreça de correu electrònic de l'investigador principal.

Atentament,

Pol

Annex VI. Consentiment informat

Títol de l'estudi: La universitat com a entorn promotor de la salut

Institució i/o departament responsable: Universitat d'Andorra

Població d'estudi: Estudiantat i membres de la comunitat universitària

Investigador/a responsable: Pol Comellas Sáenz

Dades de contacte de l'investigador/a: pcomellas@uda.ad

El present informe té com a objectiu primordial proporcionar-li tota la informació necessària perquè pugui decidir lliurement i voluntàriament si vol participar en aquest estudi. Per això, ha de llegir atentament la següent informació i preguntar qualsevol dubte al respecte.

Si us plau, llegeixi acuradament el document de consentiment abans de decidir-se a participar en aquest estudi.

Propòsit de la investigació

El propòsit d'aquesta investigació és identificar les percepcions de l'estudiantat i de la resta del personal docent i investigador amb l'objectiu d'analitzar la relació entre les activitats desenvolupades en la universitat i la qualitat de vida dels membres de la comunitat universitària.

Implicacions de la participació

Li demanarem en primer lloc algunes dades bàsiques, com ara l'edat i el tipus de formació que cursa. També li demanarem que identifiqui quins són els aspectes de la universitat que considera més desitjables d'una llista amb paraules. Per acabar, li sol·licitarem que respongui a unes qüestions relacionades amb l'entorn universitari.

Durada

L'enquesta té una durada de 20 minuts aproximadament.

Riscos i incomoditats

No hi ha riscos de cap tipus en la teva participació.

Compensació

En aquest cas no està prevista cap compensació per participar-hi.

Confidencialitat

Si decideix participar-hi, la seva identitat es mantindrà confidencial i només els membres de l'equip de recerca tindran accés a les dades del projecte. Si fos el cas que s'haguessin de presentar casos d'estudi, es farien servir sempre pseudònims.

Els investigadors mantindran aquest consentiment informat en un lloc segur i el destruiran al cap de 5 anys un cop finalitzada la investigació. Quan l'estudi s'hagi completat i se n'hagin analitzat les dades, tota la base de dades serà anonimitzada i posada a disposició de la resta dels investigadors interessats.

Voluntarietat de la participació

La participació en aquest estudi és completament voluntària. No hi ha cap penalització per no participar-hi.

Dret a tenir més informació sobre l'estudi

Text d'exemple:

Podeu fer qualsevol pregunta sobre l'estudi, sempre que vulgueu, al llarg del registre. L'investigador de contacte (vegeu primera pàgina) estarà disponible per poder respondre a les vostres preguntes, interessos o preocupacions sobre l'estudi. Sereu informats de qualsevol descobriment nou que es produeixi al llarg de l'estudi i que pugui afectar la vostra participació en futurs estudis. Si durant o després de l'estudi, desitgeu discutir els vostres drets com a persona que participa en una investigació, la vostra participació en l'estudi o les vostres preocupacions o bé, si us sentiu pressionats a participar-hi o continuar en aquesta investigació i en futurs registres, us animem que contacteu amb autoritats que us puguin ajudar a discutir-ho o en el cas que fos necessari representar-vos (Comitès d'ètica dels hospitals o universitats).

Eventual publicació/reutilització/altres processaments de les dades bàsiques i període de retenció

Les dades seran conservades mentre siguin necessàries per a les finalitats del tractament i per fer front a les eventuais responsabilitats que se'n puguin derivar, sense perjudici de l'exercici dels drets que el RGPD reconeix a les persones titulars de les dades. A més, aquestes dades seran posades a disposició d'altres investigadors de manera anonimitzada un cop transcorreguts 5 anys a partir de la finalització del projecte.

El tractament de les seves dades no comporta decisions automatitzades, ni l'elaboració de perfils amb finalitats predictives de preferències personals, comportaments o actituds.

Consentiment

- He llegit la informació sobre el projecte de recerca i he tingut l'oportunitat de fer preguntes, les quals se m'han respost satisfactòriament.
- Entenc que la informació anonimitzada (sense identificadors personals) d'aquest projecte serà posada a disposició d'altres investigadors un temps després d'haver finalitzat el projecte.
- Estic d'acord a participar-hi i he rebut una còpia d'aquest consentiment.

La persona voluntària

Data

(O, el vostre representant legal)

El sotasignat declara haver explicat la finalitat de la investigació, els procediments utilitzats en l'estudi, identificant aquells que tenen finalitat merament d'investigació, els possibles riscos i incomoditats que puguin originar-se i que ha respost el millor que ha pogut a les preguntes que se li han formulat respecte a l'estudi.

L' investigador/a responsable de l'estudi

Data

Annex VII. Carta de recordatori enviada a les universitats de la Xarxa Vives

Benvolgut/da,

Contactem novament amb tu, com a responsable del programa de promoció de la salut per fer un seguiment del correu enviat el passat 23 de juny en el que us demanavem la vostra participació en l'estudi, volem donar les gràcies als que heu participat i en cas que no ho heu fet encara us invitem a fer-ho, la vostra participació és important.

Per posar en context, des de la Universitat d'Andorra estem dirigint la tesi doctoral ***La universitat com a entorn promotor de la salut*** amb l'objectiu d'***Analitzar la implementació de la promoció de la salut en les universitats de la Xarxa Vives***, a càrrec del doctorant Pol Comellas. El projecte de recerca compta amb l'informe favorable del tribunal d'avaluació i la Junta acadèmica de la Universitat d'Andorra.

Et volem demanar que acceptis la invitació a participar en l'estudi sobre promoció de la salut a la teva universitat. Per això et demanem que puguis facilitar dia i hora, a través de pcomellas@uda.ad perquè et pugui fer l'entrevista. L'investigador et facilitarà la carta de presentació a l'estudi i el consentiment informat.

Cordialment,

Dra. Sara Esqué Boldú sesque@uda.ad

Dra. Dolors Juvinyà Canal dolors.juvinya@udg.edu

Annex VIII. Característiques dels estudis empírics

Taula 38

Característiques dels estudis empírics

Referència	País	Objectius	Participants	Intervenció / Mètode	Definició “La UPS ...	Àrea d’acció	Avaluació
Coffey i Coufopoulos (2010)	UK	Detectar les experiències generades en la contribució al desenvolupament estratègic de la universitat promotora de salut	N= 40 estudiants Estudiants de grau que realitzen un mòdul d’aprenentatge en promoció de la salut. A continuació, cada alumne va enregistrar les seves percepcions en una gravadora	Qualitatiu: grups de discussió Les dades varen ser transcrites i analitzades mitjançant l’anàlisi del contingut	Aplica les teories de la promoció de la salut a un projecte de la “vida real” Pretén desenvolupar “practicants reflexius”	La inclusió de la salut en el currículum, habilitats personals; detecció de les necessitats dels estudiants; fomenta l’experiència d’aprenentatge	No
Dooris i Doherty (2010a)	UK	Explorar el potencial d’un programa nacional d’universitats saludables	- recerca amb elaboradors de polítiques a nivell nacional-organitzacions (n=9; entrevistes)	Les dades obtingudes de les entrevistes a ser tractada mitjançant l’anàlisi temàtic La informació obtinguda en els tres ítems del qüestionari va ser tractada a través de	Integra la salut en l’estructura de l’organització	L’estudi revela el potencial per a la creació d’un programa nacional d’UPS. El procés polític inclou: la integració de la salut en les agendes polítiques; multiserveis; lideratge polític; treball	No

			- recerca a les universitats (n=64; qüestionaris) - a workshop (n=23)	temes clau relacionada amb cadascuna de les qüestions		cooperatiu; condicions ambientals; desenvolupament d'habilitats personals; desenvolupament comunitari; reconeixement mundial; la introducció d'un marc estratègic profitós	
Dooris i Doherty (2010b)	UK	Examinar i explorar les activitats desenvolupades en institucions d'educació superior angleses	En la primera fase (n=64 respostes d'universitats a l'enquesta) A la segona fase (n= 40 universitats)	Procés de recerca en dues fases: 1) Disseny d'un qüestionari electrònic 2) Administració de dos qüestionaris electrònics Les dades han estat analitzades mitjançant l'anàlisi temàtic.	Requereix l'adopció de a perspectiva integral del sistema Augmenta la presència de la salut en les accions per al desenvolupament sostenible, en la recerca i en l'intercanvi de coneixements	L'estudi analitza algunes variables de la universitat saludable: Procés polític; la integració de la salut en l'agenda política; multiserveis; articulació institucional; detecció de les necessitats dels estudiants i els treballadors/es; whole system approach to university setting; desenvolupament comunitari; sostenibilitat social; campanyes de promoció de la salut; inclusió de la salut en el currículum acadèmic; habilitats personals; desenvolupament de la salut personal i comunitària; condicions de l'entorn saludables	No

Dooris et al. (2020)	UK	Explorar la comprensió i el compromís dels vicerectors i membres de la xarxa amb l'enfocament de la salut de tota la universitat Examinar el potencial de la Carta d'Okanagan per servir com a catalitzador del lideratge i el canvi de tota la universitat	La recollida de dades va comptar amb la participació de vicerectors i coordinadors de les Universitats Promotores de la Salut (n=38) Qüestionaris (n=6)	Procés en dues etapes: 1) Entrevistes semi-estructurades i grups de discussió 2) Enquestes electròniques per a l'exploració de les percepcions Tota la informació va ser gravada en àudio i sotmesa a anàlisi temàtica	Transforma la salut i la sostenibilitat de les societats actuals i futures, enforteix les comunitats i contribueix al benestar de les persones. Incorpora la salut i la sostenibilitat a la seva missió, visió i pla estratègic. Destaca la importància de involucrar i aprofitar múltiples components integrant la salut i el benestar dins d'estratègies i àrees. Incorporar la salut i la sostenibilitat dins de l'agenda universitària.	Cultura i medi ambient de suport; procés polític; lideratge polític; sostenibilitat social per a la salut; articulació institucional; aproximació integral del sistema; desenvolupament d'habilitats personals; condicions de l'entorn saludables; desenvolupament comunitari; creació de sinèrgies entre els diferents responsables institucionals i l'agenda política	No

Duarte-Cuervo (2015)	Colòmbia	Identificar les experiències i les percepcions dels responsables de programes de promoció de la salut en algunes universitats de Colòmbia	(n=11 universitats)	Estudi etnogràfic. La metodologia utilitzada ha estat: - Enquesta - Entrevista - Notes de camp - Revisió de documents Anàlisi qualitatiu del contingut	Contribueix a la creació de la salut dels membres de la comunitat. Possibilitar identificar les necessitats dels membres de la comunitat; desplega accions segons les necessitats i procura estratègies d'autocura	Procés polític; compromís institucional per a la salut; creació d'entorns de suport; condicions del lloc de treball; desenvolupament comunitari; integració de la salut en els programes educatius; articulació de la salut en el currículum acadèmic; campanyes de promoció de la salut a la universitat; habilitats personals; polítiques sostenibles per a la salut	No

Newton et al. (2016)	UK	Explorar de quina manera el concepte “universitat saludable” s’ha operativitzat	Dues universitats En cada universitat, s’ha obtingut informació d’estudiants, docents i responsables de programes	Estudi de cas: - anàlisis de documents (n=5) - entrevistes semi-estructurades (n=48) - notes de camp	Està influenciada per la perspectiva salutogènica, la qual es preocupa per la creació de la salut i el benestar Veu a la universitat com un sistema social, caracteritzada per interaccions complexes entre components dispars Està basat en la teoria socioecològica	L’estudi recull informació sobre les percepcions de treballadors/es i estudiants. Els principals ítems mencionats han estat: articulació institucional (grup de treball); desenvolupament comunitari i organitzatiu; integració de la salut en la cultura de l’organització; el procés polític; plenitud i inclusió; creació de condicions saludables; lloc de treball saludable; entorn de suport	No
Stock et al. (2010)	Alemanya	Analitzar si els principis generals de la UPS s’apliquen a la xarxa alemanya d’UPS Analitzar si les estructures, processos i principis rectors, així com les activitats de la	Experts i membres representants de les universitats de la Xarxa alemanya d’UPS	Metodologia mixta: - qüestionari electrònic (n=33) - anàlisi de documents - entrevistes a experts (n=27) La informació extreta de les entrevistes va ser categoritzada	Promou condicions de treball, de vida, aprenentatge saludables per a estudiants i treballadors/es	El procés polític; accions dels serveis de salut; inclusió d’elements relacionats amb la salut en les estratègies de prevenció de la malaltia; inclusió de la salut en els programes educatius	No

		xarxa, són adequades i suficients per assolir les visions i objectius auto definits.					
Suárez-Reyes et al. (2019)	Xile	Explorar la implementació dels principis de la UPS	N= 54 Universitats membre de diferents Xarxes d'UPS	Enquesta electrònica adaptada del treball de Dooris i Doherty (2010b) Anàlisi de correspondència múltiple (MCA) i anàlisi de clúster jeràrquic (HCA)	La UPS ha d'incorporar la salut en les estructures, processos, cultura i polítiques de la universitat Integra la salut en l'entorn i busca la sostenibilitat de la comunitat Crea una cultura de benestar	Estudi explorador. Identificació de sis grans variables: <i>Whole System Approach</i> ; col·laboració multiserveis; desenvolupament polític; finançament; pertinença a una xarxa d'UPS; avaluació	No

Suárez-Reyes et al. (2021)	Xile	Identificar i descriure els factors que influencien la implementació de les iniciatives UPS en algunes universitats de la regió Iberoamericana	n=17 universitats de la regió Iberoamericana.	Realització d'entrevistes amb membres representants de les universitats Anàlisi temàtic	Considera el context universitari com un determinant de la salut	Estudi exploratori Els principals factors que influencien la implementació de les iniciatives UPS són: Suport polític; coordinació; finançament; col·laboració; participació intersectorial	No
Xiangyang et al. (2003)	Xina	Crear universitats promotores de la salut basades en els principis de la Carta d'Ottawa. Millorar l'entorn de suport de la comunitat universitària. Apoderar els membres de la comunitat universitària per tal que puguin preservar i millorar el seu estat de salut	Responsables de la comissió municipal d'educació, administratius universitaris, treballadors/es universitaris i estudiants Treballadors/es hospitalaris Més de 100.000 estudiants (n=2354 estudiants a la <i>baseline</i>)	Reforma de les polítiques universitàries per a la creació d'entorns de suport per a la salut. Així com promoure una dieta saludable, la regulació del consum de tabac, primers auxilis, AIDS etc. Promoció de la seguretat, àrees verdes, instal·lacions sanitàries i instal·lacions físiques. Provisió de serveis de salut. Per exemple, espai de consulta per al benestar mental. Les activitats varen ser implementades a través de diversos seminaris i sessions formatives en promoció de la salut amb membres docents	Protegeix la salut i promou el benestar dels estudiants, dels treballadors/es i de tota la comunitat. Inclou la promoció de la salut en recerca i la docència. Desenvolupa aliances amb altres sectors en promoció de la salut.	L'aproximació integral inclou: Polítiques universitàries; entorns de suport; serveis de salut; habilitats personals; desenvolupament comunitari	Sí

Annex IX. Resultats de l'aplicació de la tècnica anàlisi del concepte als articles importats en la revisió

Taula 39

Resultats de l'anàlisi del concepte als articles importats en la revisió

Autor/ Any	País	Característiques	Objectius	Antecedents	Conseqüències	Definició “La UPS ...”	Tipus
Becerra-Heraud (2013)	Perú	Carta d'Ottawa Desenvolupament organitzatiu Visió holística de la salut	Descriure l'evolució històrica i els antecedents del moviment d'UPS	No s'identifiquen	Iniciatives d'UPS s'han implementat a nivell internacional gràcies a les xarxes de treball	Aquella que incorpora la promoció de la salut al seu projecte educatiu i laboral, amb la finalitat d'afavorir el desenvolupament humà i millorar la qualitat de vida de les persones que hi treballen i estudien	Teòric
Bravo-Valenzuela et al. (2013)	Xile	Compromís institucional Cultura organitzacional	Desenvolupar conceptes essencials per descriure el moviment d'UPS	La universitat ha de conèixer, recolzar i enfortir estils de vida saludables per a tots els membres de la comunitat, incloent professorat i personal administratiu. La importància de protegir l'entorn físic.	Les iniciatives d'UPS han crescut significativament a l'última dècada. No obstant, hi ha la mancança d'un marc teòric de referència sòlid	Fa referència a aquelles universitats que en el seu projecte educatiu i laboral inclouen la promoció de la salut per millorar la qualitat de vida	Teòric
Came i Tudor (2020)	Nova Zelanda	Carta d'Ottawa Carta d'Okanagan	Re-visitat les iniciatives d'UPS a les universitats de Nova Zelanda	No s'identifiquen	Cap universitat d'Aotearoa ha implementat formalment els principis de	No s'identifiquen	Teòric

					l'estratègia de les UPS		
Cawood et al. (2010)	UK	Carta d'Ottawa Desenvolupament organitzatiu Visió socioecològica de la salut <i>Whole university approach</i>	Presentar l'estat dels projectes d'UPS d'universitats del Regne Unit	La necessitat d'anar més enllà de temes singulars de salut per desenvolupar aproximacions estratègiques que considerin tota la comunitat. Els projectes requereixen de suport econòmic i reconeixement institucional.	La universitat representa un sector important en el qual invertir en matèria de salut pública; és un modelador del futur. Proporciona un mitjà potencialment valuós per promoure la salut i el benestar; millorar el rendiment del personal; rendiment de l'estudiant; i la productivitat global de l'organització.	Representa una oportunitat per garantir un enfocament integral de tot el sistema universitari	Teòric
Coffey i Coufopoulos (2010)	UK	Considera la inclusió de la Promoció de la Salut en el currículum acadèmic Detecció de les necessitats en salut Desenvolupament organitzatiu	Contribuir al desenvolupament estratègic d'una UPS mitjançant una avaluació de les necessitats de salut de la comunitat	Desenvolupar una comprensió crítica de la teoria de la promoció de la salut. Realitzar una avaluació de les necessitats de salut.	El disseny curricular pot generar múltiples beneficis per als estudiants, com ara la millora de la relació entre	Aplicar les teories de la promoció de la salut a un projecte de la vida real. Té com a objectiu principal formar practicants reflexius.	Empíric

				Inclou l'ús de la pràctica reflexiva en el disseny i el desenvolupament del currículum acadèmic.	la teoria i la pràctica; els estudiants van desenvolupar confiança en les seves pròpies habilitats; podrien reconèixer el seu valor en termes d'estar en una millor posició		
Doherty i Dooris (2006)	UK	Carta d'Ottawa La importància dels valors; la participació, l'apoderament, l'equitat i la sostenibilitat <i>Whole university approach</i>	Descriure l'interès creixent pels entorns saludables a l'educació superior	Adoptar un focus salutogènic. Requereix un procés proactiu i sistemàtic que designi responsabilitats i responsabilitats. Forces sinèrgiques entre els elaboradors de polítiques en salut pública i els responsables de l'educació superior.	L'UPS pretén crear un entorn de treball, aprenentatge i vida saludable i una cultura organitzativa que millori la salut i el benestar.	Integrar el compromís vers la salut en la cultura, l'estructura i la vida rutinària	Teòric
Dooris (2002)	UK	Aproximació dels entorns saludables Carta d'Ottawa Desenvolupament organitzatiu Principis com l'holisme, la participació, l'equitat, la sostenibilitat i el consens	Esbossar el marc conceptual d'UPS	Integrar una visió i un compromís amb la salut dins dels cicles rutinaris d'elaboració de polítiques i planificació. Un compromís per desenvolupar la Universitat com a lloc de	La iniciativa de l'HPU es pot materialitzar a través d'un enfocament holístic i global de tot el sistema. Malgrat el bon començament,	Desenvolupament acadèmic, personal i social dels estudiants; explorar i desenvolupar una comprensió d'ells mateixos com a persones senceres i empoderar-los.	Teòric

		Visió socioecològica de la salut <i>“Whole system thinking”</i>		treball solidari, empoderador i saludable. Inversió en estructures de suport. Desenvolupar polítiques saludables. Integrar la salut dins de la comunitat més àmplia (per promoure la salut fora i dins de la institució).	alguns dels reptes que cal tenir en compte són l'associació, les relacions de poder i la cortesia	Entorn físic i de suport (disseny del campus, transport, finances).	
Doherty i Dooris (2010a)	UK	Aproximació dels entorns saludables Carta d'Ottawa Desenvolupament organitzatiu Model ecològic de la salut Perspectives de sistemes Principis fonamentals: diversitat i equitat; participació i apoderament; salut holística <i>“Whole system focus”</i>	Analitzar les activitats implementades per les "universitats saludables" al Regne Unit	Requereix l'adopció d'un enfocament integral de la universitat. Tres tipus principals de catalitzadors: avaluació de necessitats, enfocament de baix a dalt / de dalt a baix. La necessitat d'establir un grup de direcció: lideratge. La necessitat de disposar d'un pla d'acció específic per abordar temes concrets. Les intervencions pràctiques han de basar-se en l'evidència.	28 institucions d'educació superior al Regne Unit han establert una iniciativa d'universitat saludable	Integra la salut a l'estructura organitzativa. Desenvolupar un ethos i un entorn que ajudin a assolir els objectius principals i afavoreixin la salut i el benestar.	Empíric

				Aprovació d'alt nivell per a un Programa Nacional d'Educació Superior en Salut.			
Doherty i Dooris (2010b)	UK	Carta d'Ottawa Desenvolupament organitzatiu Model ecològic de la salut Perspectiva de sistemes Valors com la participació, l'associació, l'equitat i la sostenibilitat <i>Whole system focus</i>	Explorar el potencial d'un programa nacional sobre universitats saludables	La necessitat d'establir i reconèixer el potencial de l'educació superior per impactar positivament en la salut i el benestar dels estudiants, el personal i la comunitat en general. Van assenyalar la necessitat d'inversions dins del sector universitari. Requereix l'adopció d'un enfocament complet del sistema. Alinear l'advocació de les universitats saludables amb els objectius principals del negoci.	Hi ha un suport explícit per a un Programa Nacional d'Universitats Sanes entre les organitzacions de parts interessades	Augmentar el perfil de la salut i el desenvolupament sostenible en la docència, la recerca i l'intercanvi de coneixements. Millora el benestar personal i col·lectiu.	Empíric
Dooris et al. (2016)	UK	Carta d'Okanagan Model ecològic de la salut Perspectiva salutogènica Principis de promoció de la salut com l'equitat, l'associació, la	Examinar les potencialitats de la perspectiva salutogènica en el desenvolupament de les UPS	Adoptar un enfocament de "tota la universitat" (basat en mètodes i valors específics).	La importància d'explorar oportunitats a nivell internacional, a nivell universitari i la interfeície entre les persones	Ofereix un mitjà per invertir en la salut i el benestar dels estudiants i del personal. Ofereix un enorme potencial per donar suport a la creació i el manteniment de la salut i	Teòric

		participació, l'apoderament i l'holisme <i>Whole system approach</i>			dins de la universitat i la universitat com a context	el creixement dels estudiants, el personal i la comunitat en general.	
Dooris et al. (2020)	UK	Carta d'Okanagan Model ecològic de la salut Pensament sistèmic Salutogènesis <i>"Whole university approach"</i>	Examinar el lideratge en relació a la implementació d'un enfocament universitari complet	Incorporar la salut i la sostenibilitat a la seva missió, visió i plans estratègics. Cultura i medi ambient favorable a la salut. Implica un equilibri entre el lideratge de dalt a baix i la direcció estratègica, l'acció i la propietat.	Els participants van donar la benvinguda a la iniciativa d'UPS per desenvolupar un enfocament universitari complet. Això inclou: assegurar un enfocament de múltiples parts interessades i la necessitat d'un camí més comprensiu cap a la promoció de la salut.	Transforma la salut i la sostenibilitat de les nostres societats actuals i futures, enforteix les comunitats i contribueix al benestar de les persones. Destaca la importància de involucrar i aprofitar múltiples components integrant la salut i el benestar dins d'estratègies i àrees. Alinea la salut i la sostenibilitat dins de l'agenda universitària. Integra i uneix la salut dins d'estratègies i àrees com ara el currículum o les instal·lacions físiques. La creació d'entorns d'aprenentatge, treball i vida saludables i sostenibles	Empíric

Duarte-Cuervo (2015)	Colòmbia	Aproximació dels entorns saludables Carta d'Ottawa Model ecològic de la salut Perspectiva instrumental	Caracteritzar la implantació de projectes d'UPS a les institucions d'educació superior de Colòmbia	Combinar estratègies com l'educació, la participació i la intervenció en el medi ambient per tal de promoure l'auto-cura. Desenvolupar un compromís institucional per millorar la salut i el benestar de la població. La UPS està compromesa amb tota la comunitat.	El desenvolupament de les iniciatives de promoció de la salut ha seguit un camí diferent. La inclusió de la promoció de la salut en l'àmbit universitari va més enllà d'abordar els problemes dels estils de vida; és un camp de coneixement per estudiar.	Contribueix a marcar la salut dels membres de les seves comunitats. Fer possible conèixer les necessitats dels membres de la comunitat; desplegar accions segons ells i dotar-los d'eines per a l'auto-cura.	Empíric
Gaviria Méndez (2015)	Colòmbia	Carta d'Ottawa Desenvolupament organitzatiu	Descriure la implementació del cas pràctic de la universitat d'Antioquia	Definir un pla estratègic orientat a l'acció. Promoure el compromís institucional amb la salut i el benestar.	La creació d'un grup de direcció per articular les activitats i plantejar millores en els programes desenvolupats. Això inclou la gestió ambiental.	La inclusió de matèries de promoció de la salut dins els currículums. Potenciarà el desenvolupament de línies estratègiques de recerca en promoció de la salut.	Teòric
Knight i La Placa (2013)	UK	Aproximació holística Aproximació dels entorns saludables Desenvolupament organitzatiu	Descriure la introducció del projecte d'UPS a l'estudi pilot de la universitat de Greenwich	Elements clau: suport organitzatiu, interacció entre iguals, participació i comunicació dels empleats	El grup de direcció assumeix la forma d'intervencions holístiques	Accentua la capacitat de promoció de la salut al voltant de solucions locals.	Teòric

		Model ecològic de la salut			basades en activitats per promoure el concepte d'UPS més enllà de l'enfocament instrumental	Permetrà als individus transferir recursos personals a la comunitat per fomentar l'acció col·lectiva. Pot contribuir a l'avaluació conjunta de necessitats estratègiques futures de la universitat.	
Martínez-Riera et al. (2015)	Espanya	La universitat com a comunitat Model ecològic de la salut Participació comunitària Salutogènesis	Descriure la implementació del concepte d'UPS a Espanya i la seva relació amb les xarxes internacionals	La universitat és vista com una comunitat. Treball sinèrgic dins les xarxes nacionals i internacionals d'UPS. Ha de reconèixer i dissenyar estratègies de promoció de la salut que responguin a les necessitats identificades pels estudiants, el personal docent i investigador, així com el personal administratiu.	Els autors destaquen el paper crucial de les xarxes nacionals i internacionals a l'HPU per a la correcta gestió i coordinació dels objectius comuns	Marca la voluntat institucional que es tradueix en processos de desenvolupament transversals en els quals l'eix és la promoció de la salut. Les universitats són responsables del canvi cultural i de la sostenibilitat del planeta.	Teòric
Newton et al. (2016)	UK	L'educació superior valora com a compromís, participació Està informat per la teoria socioecològica Pensament sistèmic Salutogènesis Whole system perspective	Explorar l'operacionalització del concepte UPS	Equilibrar les forces de dalt a baix i de baix a dalt. Compromís institucional i desenvolupament de l'organització. Considera la universitat com un sistema social i	La importància de veure l'organització com un sistema social i de fomentar i nodrir el "tot".	Està informat per un enfocament salutogènic que se centra en com es crea la salut i el benestar. Permetrà que el personal i els estudiants millorin la salut i el benestar.	Empíric

				de foment de les complexes interaccions entre els components. Plenitud i inclusió. Crear una cultura i un ethos organitzatiu positius i garantir directius de línia qualificats i de suport.		Donarà resultats positius per al personal i els estudiants.	
Orme i Dooris (2010)	UK	Desenvolupament organitzatiu Model ecològic de la salut Perspectiva de sistemes L'enfocament de la universitat saludable es basa en principis bàsics com la participació i l'apoderament	Explorar el paper de les universitats saludables per promoure la salut i garantir un desenvolupament sostenible	L'acció universitària s'ha de plantejar des d'una perspectiva holística i estratègica de "tota la universitat". Millorar la salut i el benestar en sinergia amb el desenvolupament sostenible, per exemple, la reducció de carboni o l'ús del cotxe. Incorporar la salut i el desenvolupament sostenible al seu negoci principal de la institució. Preocupació per desenvolupar valors, coneixements i comprensió entre estudiants i personal, de maneres que ajudin a	Algunes de les qüestions clau que cal tractar fan referència al transport, l'alimentació i el desenvolupament del currículum	Establirà polítiques de transport sostenible (reducció d'emissions de carboni). Afavorirà el desenvolupament de persones amb valors fonamentals, coneixements i compromeses amb les preocupacions socials.	Teòric

				donar forma a la visió dels futurs ciutadans. Desenvolupar un pla estratègic basat en l'acció planificada amb els responsables de les universitats, la salut pública i altres institucions nacionals.			
Stock et al. (2010)	Alemanya	Desenvolupament organitzatiu Perspectiva de sistemes. La xarxa ha acordat una llista de principis basada en la Carta d'Ottawa	Avaluar processos i efectes de la xarxa d'UPS alemanya		La xarxa es caracteritza per ser un agent actiu que promou l'intercanvi de coneixements, habilitats i idees	Promou condicions de treball, aprenentatge i sortida saludables per als estudiants i el personal. Fins i tot pot provocar efectes directes sobre la salut com un augment del capital social entre els membres.	Empíric
Suàrez-Reyes et al. (2019)	Xile	Xarxes Internacionals <i>Whole system approach</i>	Avaluar el procés d'implementació del marc d'UPS a diverses universitats d'arreu del món	Incorporar la salut a la cultura del campus; crear un entorn saludable; crear una cultura de benestar: donar suport al desenvolupament personal; reorientar el servei del campus. El desenvolupament de polítiques universitàries saludables ; el paper essencial de les autoritats i el finançament financer.	L'enfocament de tot el sistema i la col·laboració multiservei es veuen com a pedres angulars per a una implementació exitosa de les iniciatives d'UPS.	Les UPS han d'incorporar la salut a la cultura, els processos i les polítiques de la universitat. Integra la salut en el medi ambient i busca la sostenibilitat de la seva comunitat. Crear una cultural del benestar.	Empíric

				L'acció més sovint abordada per HPU és el desenvolupament d'habilitats. L'ús de l'enfocament del sistema sencer es defineix com la pedra angular.			
Suàrez-Reyes et al. (2021)	Xile	Aproximació dels entorns saludables Carta d'Ottawa	Identificar els factors que influencien la implementació d'una iniciativa d'UPS en universitats Iberoamericanes.	Els factors clau per a una bona implementació són: suport polític, estructura de coordinació, finançament, col·laboracions i participació. Una iniciativa de d'UPS busca més que millorar la salut de les persones; pretén abordar moltes intervencions socials i ambientals.	Els principals factors que van afectar la implementació de les iniciatives d'UPS van ser el suport polític, l'estructura de coordinació, el finançament i la participació	Millorarà la salut i el benestar dels estudiants i del personal.	Empíric
Whitehead (2004)	Nova Zelanda	Carta d'Ottawa Desenvolupament organitzatiu Pensament sistèmic	Examinar el rol de la infermeria a les UPS.	Pretén oferir serveis similars a tots els altres entorns de promoció de la salut proporcionant una àmplia gamma d'iniciatives de promoció de la salut i educació per a la salut. La UPS requereix d'associacions i col·laboracions internes i externes per enfortir	Les iniciatives de promoció de la salut tenen diversos beneficis per a les infermeres, els estudiants, el personal i la comunitat en general	Protegeix i millora la salut i el benestar dels estudiants, el personal i la comunitat en general. Desenvolupa aliances de promoció de la salut i equipaments de divulgació amb la comunitat.	Teòric

				l'associació de la comunitat local. Planificació i disseny d'estratègies conjuntes amb institucions alienes a la universitat, per exemple, xarxes locals.			
Xiangyang et al. (2003)	Xina	Apoderament de la comunitat Carta d'Ottawa	Crear universitats promotores de la salut en el marc de la Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut; per millorar l'entorn favorable a la salut	El treball conjunt i l'acord polític amb els diferents responsables de les administracions. L'actuació conjunta requereix coordinació i legitimitació amb les diferents parts implicades en el projecte: recursos econòmics i materials, compromís amb iniciatives de promoció de la salut, etc.	Des que es van adoptar les polítiques, una gran part dels estudiants havia rebut educació sanitària. A més, una gran quantitat d'estudiants va informar d'un entorn del campus molt millorat.	Protegeix la salut i promou el benestar dels estudiants, el personal i la comunitat en general. Inclou la promoció de la salut dins de les pràctiques docents i de recerca. Desenvolupa aliances de promoció de la salut amb altres sectors de la salut. Apodera als membres de la comunitat universitària.	Empíric

Annex X. Representacions gràfiques dels resultats principals de l'estudi pilot

Figura 21

Descripció de la mostra en funció del tipus de feina que compagina amb els estudis

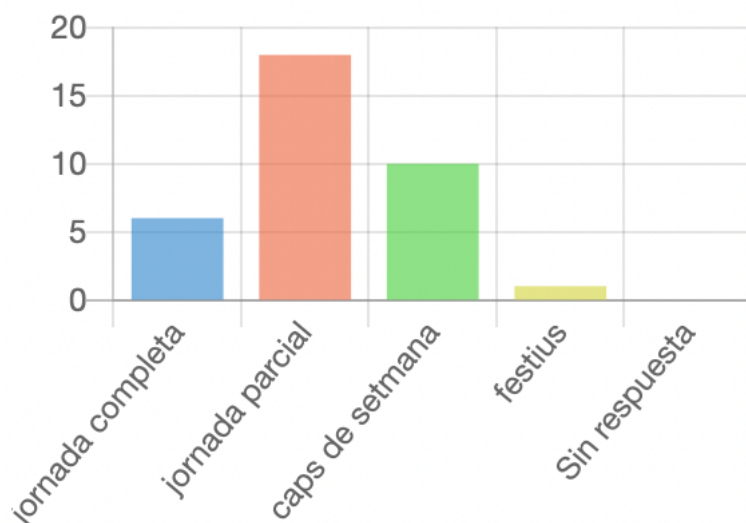
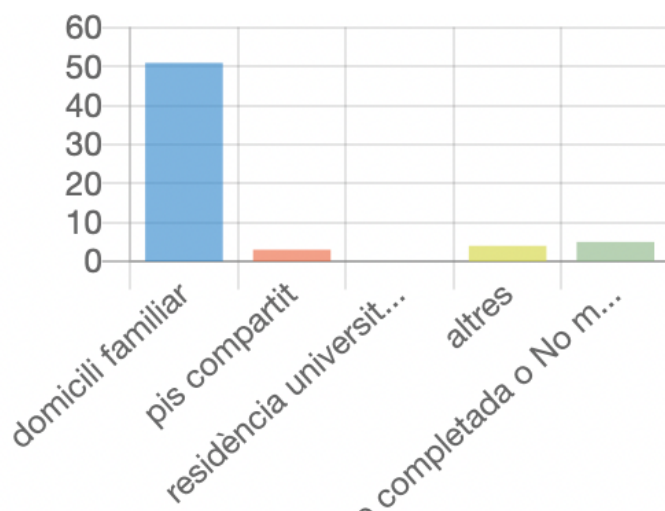


Figura 22

Descripció de la mostra en funció del domicili on viuen



Annex XI. Propostes accions de Promoció de la Salut

Taula 40

Propostes de promoció de la salut a la UdA

Tema	Proposta
Activitat física	• Disseny d'una competició interna en algun esport • Descomptes al centre esportiu
Salut mental	• Organització de xerrades i tallers • <i>Mindfulness</i> per reduir l'estrès • Organització de xerrades i tallers • Millorar l'accés al servei d'atenció psicològica
Alimentació	• Organització de xerrades i tallers • Modificar l'oferta alimentària de les màquines expenedores
Inclusió de la PS a l'organització	• Creació d'un departament específic de promoció de la salut • Inclusió de diferents tòpics relacionats amb la promoció de la salut
Salut laboral	• Conciliació laboral

Nota. Elaboració pròpia

Annex XII. Guió de l'entrevista

Amb l'objectiu de conèixer les percepcions dels diferents responsables de les universitats de la Xarxa Vives respecte la implementació de l'estratègia Universitat Promotora de la Salut, s'ha configurat un guió d'entrevista semi-estructurada format per vint-i-cinc preguntes agrupades en deu categories temàtiques. Cadascuna de les dimensions definides en el llistat, recull informació rellevant respecte el constructe UPS. Totes les categories s'han formulat a partir d'una anàlisi de la literatura.

(Agraïments i recordatori que l'entrevista serà gravada)

Categoria: Definició (Dooris, 2001)

Què opina de la Universitat Promotora de la Salut?

Quins són els aspectes distintius d'una UPS?

Quines accions hauria d'adoptar una UPS?

Les accions que vostè menciona, a qui s'haurien d'adreçar?

Categoria: Estructura

La universitat en el seu pla estratègic incorpora una missió vers la promoció de la salut?

En el cas que sigui així, com la incorpora?

En el cas contrari, com creu que s'hauria d'incorporar?

Com s'organitza la seva universitat per articular els programes i les accions de promoció de la salut?

Categoria: Funcions (Stewart-Brown et al., 2000; Cawood et al., 2010)

Disposen d'una planificació de programes o accions per promoure la salut?

En cas que respongui afirmativament, quins són i com s'articulen?

En cas contrari, quines accions podrien emprendre per promoure la salut?

Categoria: Recursos

Disposen d'un pressupost assignat per desenvolupar els programes i accions per promoure la salut?

En cas que responguin negativament. Com obtenen el finançament?

Quins tipus de recursos serien necessaris per ampliar els programes i les accions de promoció de la salut?

Categoria: Participació (Dooris, 2002)

De quina manera els membres de la universitat participen o poden participar activament en les funcions de promoció de la salut?

Categoria: Campus

Quins elements de l'entorn poden contribuir a la promoció de la salut en la universitat?

Categoria: Sostenibilitat i ODS (Parkes & Horwitz, 2009; Orme & Dooris, 2010)

A partir dels programes que vostès desenvolupen en promoció de la salut, de quina manera aquests contribueixen amb l'acompliment dels ODS? En quins?

Categoria: Investigació

En la seva universitat tenen alguna acció de recerca orientada a la promoció de la salut?

En cas afirmatiu, com la desenvolupen?

Categoria: Avaluació (Dooris, 2006; Ackerman et al., 2007)

Els programes i les accions inclouen indicadors d'avaluació?

En cas de resposta afirmativa, quines àrees avaluen?

En cas de resposta negativa, quins indicadors creu que podrien incorporar?

Elaboren una memòria anual? A qui la presenten?

Categoria: **Xarxes i relacions (Stock et al., 2010; Suárez-Reyes et al., 2021)**

Quins aspectes destacaria de formar part d'una xarxa?

Hi ha algun aspecte que vulgui afegir, comentar, ressaltar sobre la UPS?

(Li agraïm el seu temps i la seva participació en l'entrevista)

Annex XIII. Informe de la Junta Acadèmica de la Universitat d'Andorra



UNIVERSITAT D'ANDORRA

Sra. Pol Comellas

Benvolgut senyor,

En resposta a la seva sol·licitud de realitzar entrevistes a la comunitat universitària en relació a la seva tesis doctoral, li comunico que la Junta Acadèmica de la Universitat d'Andorra, reunida el 9 de maig del 2023, ha valorat favorablement la seva sol·licitud i l'encoratja a finalitzar amb èxit el treball proposat.

Així mateix se li demana que faci un retorn a la Universitat dels resultats del treball realitzat.

Cordialment,

Signat digitalment per:
VIRGINIA LARRAZ RADA
(SIGNATURA)

Virginia Larraz Rada
Directora del Centre de Ciències de la Salut i de l'Educació

Sant Julià de Lòria, 9 de maig del 2023

Annex XIV. Carta a la Junta Acadèmica de la Universitat d'Andorra per a la realització de grups de discussió.

Benvolguts/des membres de la Junta Acadèmica de la Universitat d'Andorra,

Soc en Pol Comellas, doctorand a la Universitat d'Andorra gràcies a l'ajut per a la investigació atorgat per la mateixa universitat, i membre del Grup de Recerca en Ciències de la Salut i Serveis Sanitaris. Seguint amb la realització de la tesi doctoral sobre “La universitat com a entorn promotor de la salut”, co-dirigida per la Dra. Sara Esqué de la Universitat d'Andorra i per la Dra. Dolors Juvinyà de la Universitat de Girona, l'estudi es troba en la última fase de la recerca, corresponent a la realització dels grups focals. Dita sol·licitud va ser aprovada en data 09 de maig del 2023.

Objectius:

- Analitzar les percepcions de la comunitat universitària
- Identificar les necessitats en salut de la comunitat universitària
- Plantejar recomanacions de promoció de la salut

Població:

- Estudiants de formació reglada de la Universitat d'Andorra
- Personal PAS i PDI de la Universitat d'Andorra

Fases de l'estudi:

L'estudi es presenta seguint les fases següents:

- Realització dels grups de discussió (maig 2024- juny 2024)
- Recollida, tractament i anàlisi de dades estudiants (juliol 2024-setembre 2024)
- Plantejar recomanacions de promoció de la salut

Impacte a la Universitat i/o a la societat:

El projecte ha de permetre conèixer les percepcions i les necessitats de les persones de la comunitat universitària (estudiantat, PAS, PDI) que ens permetrà elaborar recomanacions de promoció de la salut contribuint així a millorar la seva salut. Més endavant, el recull de les recomanacions podria donar lloc al disseny i implementació d'un pla de promoció de la salut institucional.

Ens dirigim a vostès per sol·licitar el permís per poder realitzar grups de discussió amb estudiants, PAS i PDI de la Universitat d'Andorra.

El període de recollida de dades contempla el seu inici un cop aprovada dita petició i fins al final del present curs.

Cordialment,

Pol Comellas Sáenz
A/e: pcomellas@uda.ad

