



**ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS
NECESIDADES SOCIO SANITARIAS
ACTUALES DEL BARRIO SAN AGUSTÍN,
DESDE LA PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN
DE SALUD**

**TRABAJO FINAL DE GRADO
GRADO EN MEDICINA
CURSO 2017-2018**

Autor: María Contreras Jodra

Tutor: Gonzalo Pareja Corbi

Departamento: Medicina

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	3
2. ABSTRACT	3
3. EXTENDED SUMMARY.....	4
4. INTRODUCCIÓN.....	6
5. OBJETIVOS	10
5.1. Objetivo principal.....	10
5.2. Objetivos específicos.....	10
6. METODOLOGÍA.....	10
6.1. Muestra y criterios de selección	10
6.2. Métodos empleados	10
6.3. Temporalidad.....	12
6.4. Calidad de datos.....	13
6.5. Análisis de datos	13
7. RESULTADOS	14
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	19
9. AGRADECIMIENTOS	22
10. BIBLIOGRAFÍA.....	23
11. ANEXOS.....	29
a. ANEXO 1. Mapa del área geográfica dependiente del centro de salud San Agustín	29
b. ANEXO 2. Guion de entrevista	31
c. ANEXO 3. Hoja de observaciones.....	33
d. ANEXO 4. Listado de red de tejido asociativo del centro de salud San Agustín.....	34

1. RESUMEN.

La salud, entendida desde el modelo biopsicosocial se haya determinada por las conductas y estilos de vida, la genética, el medio ambiente, el sistema sanitario y la estructura macrosocial y política. No obstante, a pesar de que los acuerdos políticos alcanzados, y de que las publicaciones e investigaciones corroboran la importancia de actuar en los distintos factores que determinan la salud, las políticas sanitarias no priorizan estas actuaciones, creciendo así en desigualdad.

En este estudio, se utiliza la metodología descriptiva-interpretativa cualitativa para el análisis de las necesidades de intervención comunitaria en el barrio de San Agustín. Tras su análisis se observa que se trata de un barrio con desigualdades sociosanitarias, en el que predominan problemas de salud como la pluripatología y cronicidad, consumo abusivo de tóxicos, enfermedades transmisibles, violencia de género y problemas de salud mental. El barrio cuenta con una amplia red de tejido asociativo, sin embargo, la promoción de salud se trata de una materia aún pendiente.

Finalmente, se redactan unas recomendaciones, orientadas a elaborar una intervención de carácter comunitario en los alumnos de sexto de primaria del colegio San Agustín, con la finalidad de prevenir el consumo de tóxicos en la edad adulta.

PALABRAS CLAVE: Desigualdades sociosanitarias. Intervención comunitaria. Programa de salud. Alcohol y Tabaco. Empoderamiento. Estudio Cualitativo.

2. ABSTRACT.

Health, understood from a biopsychosocial model, has been determined by behaviors and lifestyles, genetics, the environment, the health system and the macrosocial and political structure. However, despite the political agreements reached, and that the articles and research corroborate the importance of acting on the different factors that determine health, health policies do not prioritize these actions, thus increasing inequality.

In this study, the qualitative descriptive-interpretative methodology is used for the analysis of the demands of community intervention in the neighborhood of San Agustín. After analysis of the results, it can be concluded that the neighborhood have socio-health inequalities, the health problems to be highlighted are; pluripatology and chronicity, abusive consumption of toxic substances, contagious diseases, gender

violence and mental health problems. The neighborhood has a wide network of associative fabric, however, health promotion is still pending.

Finally, some recommendations are written, aimed at developing a community intervention in the sixth grade students of the San Agustín school, with the aim of preventing the consumption of toxic substances in adulthood.

KEY WORDS: Socio-health inequalities. Community intervention. Health program. Alcohol and Tobacco. Empowerment. Qualitative study.

3. EXTENDED SUMMARY.

Health is a concept that has been mutating throughout the last decades. Since its inception, defined as the absence of disease, until now conceived from a biopsychosocial approach, we have advanced in its understanding and management. Currently, it is known that health is determined and influenced by various factors, which generate inequality and interpersonal differences, which leads us to affirm that each individual has a different condition of health. After the celebration of different international forums, the conclusion is reached of the need to establish policies aimed at managing the different social determinants that modify health. Specifically, in one of these meetings, the Sustainable Development Goals (SDGs) are created in order to be fulfilled with deadline 2030, aimed at reducing inequalities in health. After all the evidence gathered in the different political meetings, publications and research, the rulers of the different countries do not prioritize this type of policy. Especially, in recent years, Spain is one of the countries that has grown the most in inequality along with the highest level of poverty, one of the direct consequences of the economic crisis since 2009.

In this same investigation line, it was decided to conduct a qualitative study, in order to analyze the demands of community intervention, considering possible and inequality factors that influence health. For this purpose, a vulnerable area of Castellón is chosen as the target population, specifically San Agustín neighborhood, which consists of a census of 4025 users, included some small minority groups, in which stand out a settlement of gypsy ethnicity, due to being the most numerous. The final sample selected for the study is made up 25 users; 20 individuals collected through serial observations and 5 obtained after conducting individual interviews. The study has been carried out in two periods of time and in three phases. The quality of the data is guaranteed thanks to the use of techniques such as triangulation, data contrast and

prolonged observations. After gathering the information, for its analysis, it is categorized to identify the most relevant topics.

The results obtained show that, the population of the San Agustín district does not get sick in the same way as the other citizens of Castellón, it is a group with a low socio-economic level and a high rate of unemployment, impregnated by magical-religious beliefs about of health and with great inclination towards religion. The population analysis highlights a distribution with a regressive tendency. Regarding health problems that stand out; high census of chronic and multi-pathological patients, high consumption of toxic substances with addictive tendencies, gender-based violence, transmissible diseases and a high prevalence of pathologies of a psychiatric nature. Other points analyzed in the study is the plot of associative fabric, it is an abundant network, the health-care center has great support, however, the relationships are not entirely satisfactory. After inquiring into the field of health promotion, the obtained results show that the health-care center has not organized and structured a program of health promotion at any time, but it has worked with training workshops oriented to the promotion and education for the health, in a timely manner.

From all of this, we get out that one of the most prevalent issues is the abusive consumption of toxic substances, highlighting alcohol and tobacco over others. Likewise, it is observed that it is a topic of special relevance both at a global and state level; since alcohol and tobacco are the main drugs consumed, producing around 7 and 3.3 million deaths per year, respectively. It should also be added that, in 2016, the City Council of Castellón, in an effort to curb this problem, publishes the municipal plan for drug addiction 2016-2019. At the level of the health center, it is an issue, which has never been worked on.

Finally, with the objective of promoting community participation and health promotion and empowering the population of San Agustín in their own health, a series of recommendations addressed to the health center's health personnel is presented, to create a work team and carry out a community intervention in sixth grade students of the San Agustín school, with the aim of preventing the consumption of these toxic substances in adulthood.

4. INTRODUCCION.

Resulta complicado definir la salud, ya que esta posee una naturaleza múltiple¹. Cada persona es capaz de poseer un cierto grado de salud adquiriendo esta diferentes formas², cambiando incluso en distintos momentos de la vida. Anteriormente, se acuñaba el concepto de salud negativa, entendiéndola como la ausencia de enfermedad. Surgía de esta forma el modelo biomédico³; una dualidad cuerpo-mente, en el que se interpretaba la enfermedad como un fallo de la “máquina”, donde el médico, “mecánico”, diagnosticaba el fallo y lo reparaba. Este modelo continúa teniendo su vigencia en diversos ámbitos de la asistencia médica⁴. Sin embargo, a lo largo de los años, se observó que el mero hecho de la ausencia de la enfermedad no garantizaba un estado de salud óptimo⁵. Un ejemplo significativo y muy cotidiano de esto es la hipertensión arterial o la dislipemia. En el periodo asintomático de la enfermedad o de buen control, el paciente se siente “sano” y no es consciente de padecer enfermedad alguna. Pero desde el punto de vista de la salud, ¿cómo se considera a esta persona, sana o enferma? Por ello, y en contraposición a esto, surgió la necesidad de modificar esta definición de salud. En la Conferencia Sanitaria Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en New York en 1946 se promulgó una novedosa definición: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*⁶. Esta nueva concepción de la salud proporcionó un enfoque revolucionario a los antiguos modelos, naciendo de esta manera el concepto de salud positiva.

En 1974, Marc Lalonde, ministro de salud canadiense, desarrolló un modelo en el que notificaba los diversos factores que interfieren la salud. Los cuatro determinantes promulgados fueron: las conductas y estilos de vida, la genética, el medio ambiente y el sistema de asistencia sanitaria⁷. De estos cuatro, los estilos de vida y el medio ambiente, se consideraron “modificables por la población”⁸. Esto supuso un cambio de pensamiento y siguiendo esta línea, en 1999, Bethesda, concluyó que además de los factores propuestos con anterioridad, había que añadir la estructura macrosocial y política como un factor modificador, surgiendo así los “Determinantes Sociales de la salud”.

Avanzando cronológicamente, en 1978, destaca la declaración de Alma Ata⁹, en la cual se define la atención primaria como un conjunto de valores con capacidad de abordar las diferentes necesidades y determinantes de la salud. Seguidamente, en 1986, la OMS convoca la primera conferencia internacional, en Ottawa (Canadá),

cuyo objetivo era conseguir el compromiso, por parte de los distintos países, de implantar los principios sostenidos en Alma-Ata, quedando estos recogidos en el documento conocido como la Carta de Ottawa. Esta manifiesta que la salud debe de ser entendida como un proceso y no como un fin, y además expone que la promoción de la salud es un instrumento primordial para alcanzar la equidad sanitaria, proporcionando a los individuos los medios necesarios para mejorar y empoderarse de su propia salud. Con la finalidad de promulgar esta nueva ideología, se solicita a todos los implicados en esta conferencia, a formar una fuerte alianza en favor de la salud¹⁰.

Con respecto a esto, el modelo salutogénico, propuesto por Antonovsky (1987 - 1996), nos permite identificar aquellos factores que impiden que las personas se dirijan hacia el extremo de la enfermedad dentro del espectro de salud y enfermedad¹¹. Gracias a esta perspectiva, se puede identificar la mejor combinación de “activos de salud” que proporciona unas mejores condiciones de salud y mayor nivel de bienestar y éxito; entendiéndose por activo en salud, *cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar*¹². La aplicación de estos conceptos a la búsqueda de evidencias en los determinantes de la salud y la certeza de las acciones más efectivas, tiene el potencial de explicar en mayor profundidad qué es necesario para abordar las desigualdades en la salud.

Michael Marmot, (1998) con el objetivo de definir y analizar las desigualdades en salud, publica junto con R. Wilkinson, un artículo titulado “*Los Determinantes sociales de salud: los hechos probados*”; en el cual, hacen un llamamiento a la esfera política para el desarrollo de políticas destinadas no solo a la curación de enfermedades. Como conclusión añaden, que “*la pendiente social, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social (familia, amistad, redes sólidas de trabajo...), la adicción, alimentación y transporte; son situaciones-momentos clave de la vida, en los cuales, se debe de actuar para modificar y mejorar el curso de la salud tanto poblacional como individual*”¹³.

Sin embargo, a pesar de los acuerdos políticos alcanzados, y de las publicaciones e investigaciones que corroboran la prioridad de actuar en los distintos factores determinantes, no se priorizan estas actuaciones. Algunos ejemplos de estos son la ausencia de políticas destinadas a: solventar la precariedad actual de ciertos puestos de trabajo; disminuir las inequidades al acceso sanitario y salvaguardar el medioambiente, entre otros¹⁴. Por el contrario, la mayoría solo buscan soluciones centradas en la cura y tratamiento de enfermedades¹⁵, propiciando, un aumento de las inequidades en la atención sanitaria¹⁵. Se conoce con certeza que las personas

más vulnerables en salud (clases sociales desfavorecidas^{16 17}, etnias minoritarias, mujeres^{18 19}, tercera edad¹³, niños e inmigrantes²⁰) presentan peores condiciones de vida y de trabajo²¹. Ante esta problemática, instituciones como la OMS y la Unión Europea han forjado alianzas, con el fin de crear conciencia ante esta situación y subsanar estas desigualdades. En 2005, la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud²², cuyo informe mundial final obtenía como objetivo *“subsana las desigualdades en una generación”*. Seguidamente a esto, en mayo de 2009 la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, aprobó la resolución WHA 62.14²³ como marco europeo de experiencias pioneras en políticas para reducir las desigualdades en salud. En la actualidad, y en consecuencia de los resultados obtenidos en las diferentes asambleas, en España se ha creado la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud (CNRDSS-E) que en su último informe, al igual que en el informe mundial y en la misma línea que la Ley General de Sanidad²⁴ y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud²⁵, consideran necesaria la puesta en marcha de actuaciones para avanzar en equidad y reducir las desigualdades.

En la misma línea de búsqueda de iniciativas globales para reducir las desigualdades sociales, en 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos orientados a erradicar la pobreza, reducir las desigualdades, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, creando así los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con agenda asociada para el 2030, entre los cuales la salud, y concretamente las inequidades sanitarias, ocupan un puesto primordial²⁶. Según el informe publicado por Oxfam y Unicef en 2015, la principal meta de España debería ser obtener una cobertura sanitaria universal, gratuita y de calidad; con adecuada financiación de los sistemas de salud y preservando el carácter público²⁷. No obstante, lejos de trabajar en esa dirección^{28 29}, el gobierno español publicó el Real Decreto-ley 16/2012³⁰ potenciando aún más las inequidades en salud al excluir del sistema a parte de la población. España, es uno de los países que más ha crecido en desigualdad junto con el mayor nivel de pobreza; en el último año (2017) la pobreza y vulnerabilidad afectaba a un 22,3% de la población³¹.

Con el objetivo de conocer las necesidades existentes en un colectivo determinado, y teniendo en cuenta los factores que determinan la salud y las posibles desigualdades presentes, realizaré un trabajo de campo en una barriada vulnerable de la ciudad de Castellón de la Plana. La población al que va dirigido, pertenece al Centro de Salud (CS) de San Agustín. Este centro ubicado en la provincia de Castellón, corresponde al área de salud 2, departamento 2 y zona básica 7. Su cobertura

sanitaria abarca una amplia zona geográfica, ya que, la población se encuentra distribuida de forma muy dispersa, englobando un censo total de 4025 usuarios.

ANEXO 1. *

En cuanto a las características sociodemográficas, hay que destacar que se trata de un barrio con desigualdades sociosanitarias patentes. Está formado por diferentes grupos minoritarios de diversas etnias; siendo el conjunto predominante, el de etnia gitana, seguido de otro procedente de Rumanía. La tasa de natalidad es baja, en relación con la tasa de mortalidad; por lo que hay un aumento del número de personas que tienen más de 65 años (38,43%), en comparación con la población infantil 15,2%. El mayor volumen de la población, se sitúa en edades medias de la vida, entre los 15 y 64 años, con una tasa del 67,7%. *

En rasgos generales, el clan gitano es la principal minoría étnica de España³²³⁴, con un total de 700.000 – 970.000 personas (1,5%-2,1% de la población total)³²; siendo la comunidad valenciana la cuarta comunidad con mayor censo poblacional de gitanos. Se caracteriza por conservar las creencias mágico-religiosas de antaño que asocian la salud con la ausencia de enfermedad. Son hipocondriacos y visualizan la figura del médico con respeto y temor³³.

Los problemas de salud más prevalentes son las alteraciones congénitas por alta tasa de consanguinidad, y las enfermedades transmisibles. Poseen una mala salud reproductiva (aumento de embarazos no deseados, por la falta de utilización de medidas anticonceptivas), la salud de sus menores no es óptima (no acuden a revisiones de salud, no se vacunan, siguen dietas no saludables y destacan los déficits higiénicos) y asimismo predominan altas tasas de drogadicción³⁴. Cabe señalar, que en este colectivo las desigualdades sociales se encuentran acentuadas y se observan tanto en el ámbito sociosanitario como en el económico. Asimismo, hay que añadir que se ha identificado un carácter discriminatorio y racista presente en el resto de población hacia esta etnia³². En consecuencia, en 2012 se aprobó la Estrategia Nacional para la inclusión social de la población gitana 2012-2020, cuyos objetivos principales son mejorar la salud sexual y reproductiva, la salud infantil, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental y bucodental y potenciar el acceso a los servicios de salud³⁵.

Centrándonos en la hipótesis de que existen desigualdades sociales y vulnerabilidad en la población objetivo, decidimos analizar el contexto socio-sanitario

* Datos proporcionados por la trabajadora social del centro de salud, a partir del programa informático ABUCASIS a fecha 10/01/2018.

con la finalidad de proporcionar un plan de actuación, dirigido a mejorar el estado salud poblacional y eliminar las barreras ya descritas. Es importante señalar que los propios facultativos del CS ratifican la prioridad de intervenir en esta población, e incluso la trabajadora social (TS) cita textualmente; *“los vecinos del barrio de San Agustín no enferman de igual manera que los demás ciudadanos de Castellón”*.

5. OBJETIVOS.

5.1. General

Analizar las necesidades socio-sanitarias de intervención en el ámbito de la promoción de la salud, en la población del barrio San Agustín.

5.2. Específicos

- Describir el contexto socio-demográfico de la barriada en cuestión.
- Conocer la red de tejido asociativo del centro de salud.
- Elaborar un método de intervención de promoción de la salud dirigido al colectivo meta.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se ha realizado un estudio descriptivo - interpretativo cualitativo en el cual se ha empleado el diseño biográfico-narrativo para explorar las necesidades en salud del barrio de San Agustín, con la finalidad de elaborar un método de intervención comunitaria que las minimice.

6.1. Muestra y criterios de selección.

La muestra seleccionada es de 25 individuos. Esta se obtuvo por muestreo no probabilístico, tanto por conveniencia como por avalancha, hasta obtener el punto de saturación máximo de la información. El único criterio de inclusión del estudio es la mayoría de edad.

6.2. Métodos empleados.

La metodología empleada para la recogida de datos fue la realización de entrevistas individuales y observaciones seriadas. A continuación, se desarrolla la sistemática empleada y la distribución muestral.

TIPO DE ACTOR SOCIAL	ENTREVISTAS INDIVIDUALES	OBSERVACIONES
Usuarios del C.S.		20 (525)
Médico de familia	1 (2 veces)	
Trabajadora social	1 (2 veces)	
Enfermera Comunitaria	1	
Trabajador social de AMICS	1	
Orientadora del CEIP San Agustín	1	
TOTAL	5	20

FIGURA 1: Composición final de la muestra. Elaboración propia.

- **Entrevistas individuales seriadas.**

Las entrevistas realizadas fueron de carácter individual, siguiendo una metodología semiestructurada abierta. Para ello, se fijaron previamente los ítems a tratar y se elaboró un guion de entrevista. **ANEXO 2.** Los campos de estudio incluidos fueron los siguientes:

- 1) Contextualización socio-demográfica de la población.
- 2) Problemas de salud poblacionales.
- 3) Red de tejido asociativo.
- 4) Experiencias previas en el ámbito de promoción de la salud.

Con anterioridad a la realización de las entrevistas, el entrevistador (el propio autor del estudio) obtuvo un consentimiento informado de manera verbal. Todos los encuentros se ejecutaron en despachos diferentes, cerrados y bajo un ambiente adecuado, sin distracciones externas. La duración media de cada reunión fue de 30-45 minutos. En total se realizaron siete entrevistas; dos al médico de familia, dos a la TS del CS, una a la enfermera comunitaria, una a la orientadora del colegio y una al TS de la agencia de mediación para la integración y convivencia social (AMICS)

- **Observaciones seriadas.**

Se realizaron observaciones no estructuradas a corto plazo, de índole no participativa. La finalidad de estas era determinar con mayor claridad la principal

problemática de salud de los usuarios. Todas cumplieron las siguientes características: se realizaron tras la aceptación del consentimiento verbal de participación, el observador fue el autor del propio estudio, este se mostró identificado ante los usuarios durante todo el proceso, se desarrollaron en el ambiente de una consulta de medicina de familia, la figura del médico responsable del cupo estaba presente en todo momento y el tiempo medio por observación fue entre 5-10 minutos. En síntesis, de los 4025 usuarios totales adscritos al CS, se realizaron observaciones en el transcurso de 525 consultas, obteniéndose como muestra en este estudio, 20 individuos, ya que se alcanzó la saturación de la información tras 20 observaciones.

6.3. Temporalidad.

El trabajo de campo se desarrolló durante 15 días, con una duración aproximada de 90 horas. La recogida de datos se realizó en dos periodos de tiempo y tres fases. Respecto a los periodos de tiempo el primero fue de cinco días, del 15 al 21 de diciembre del 2017 y el segundo se desarrolló durante 10 días, del 8 al 19 de enero de 2018, todos ellos dentro de la jornada laboral habitual. Por otro lado las etapas de desarrollo fueron las siguientes:

- FASE 1: Toma de contacto.

Se realizan las entrevistas al médico de familia y a la TS; mencionar que, el encuentro con la TS fue diferente a las demás reuniones. Ella me sugirió que lo más enriquecedor para el estudio sería realizar la entrevista dentro del ambiente de la consulta y a lo largo de toda la jornada de trabajo, ya que esto me permitiría familiarizarme con la población diana. El primer contacto con la TS fue primordial en la recolección de datos, ya que ella me recomendó entrevistarme con los demás participantes del estudio.

- FASE 2: Observaciones seriadas y entrevistas recomendadas.

Se elaboraron las entrevistas a la TS del colegio, al TS de AMICS y a la enfermera comunitaria, así como las observaciones seriadas. Se decidió orientar las observaciones al análisis de la magnitud de los problemas de salud destacados por el médico de familia y la TS en las entrevistas previas.

- FASE 3: Re-entrevista.

Se realiza de nuevo una entrevista al médico de familia y a la TS con el propósito contrastar la información obtenida durante todo el proceso.

6.4. Calidad de datos.

Se establecieron estrategias para asegurar la fiabilidad de los datos y hallazgos, empleando el marco de referencia descrito por Licon y Guba³⁶. Los cuatro estándares para evaluar el rigor de la investigación son credibilidad, transferibilidad, formalidad y confirmabilidad. Los procedimientos presentes en este estudio que aseguran la fiabilidad de la información recopilada son: la observación persistente y prolongada; la triangulación de datos, tiempo, espacio, personas y métodos y el contraste de la información obtenida por parte de los entrevistados tras la finalización del encuentro.

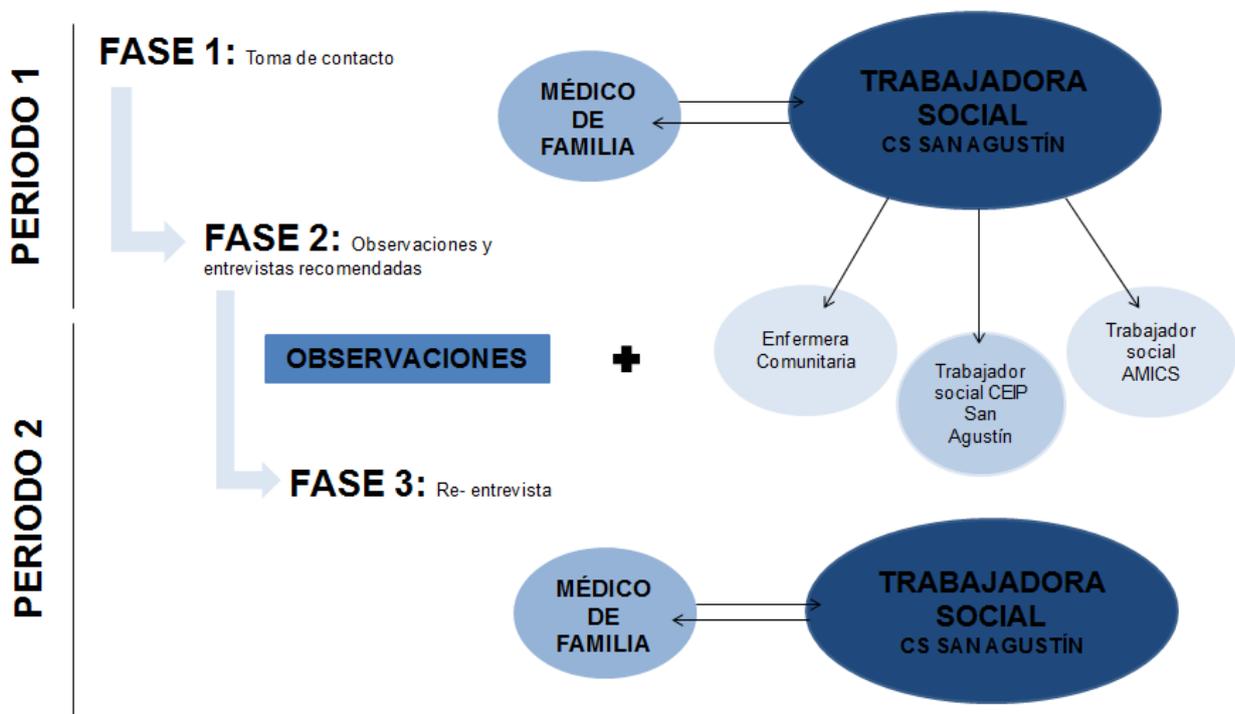


FIGURA 2: Esquema de las diferentes fases del estudio. Elaboración propia.

6.5. Análisis de los datos.

Para obtener un análisis³⁷ apropiado de toda la información, tras realizar las entrevistas y las observaciones, se describió y sintetizó el contenido recopilado. Concretamente, se diseñó una hoja de observaciones en la que se volcaron los datos obtenidos de los encuentros realizados con anterioridad **ANEXO 4**. A continuación, se categorizaron y codificaron los diferentes datos obtenidos con la finalidad de analizar la información cualitativa pertinente a los problemas de salud, al tejido asociativo de la comunidad y los antecedentes en materia de promoción de la salud realizados. Todo

ello con el propósito de proporcionar un programa de promoción de salud de acuerdo a las recomendaciones realizadas por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) a través del documento *¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?*⁴³

7. RESULTADOS.

La población del barrio de San Agustín engloba un total de 4025 usuarios, la mayoría son de etnia gitana, aunque existen otros grupos poblacionales. Se trata de una población con bajo nivel socio-económico y con alta tasa de desempleo. Las características a destacar de este colectivo son; alta religiosidad, existencia de creencias y mitos mágicos-religiosos, la gran importancia otorgada a la familia y la presencia de valores humanos como la honra y el culto. Se trata de una población con claras desigualdades sociales y en salud. En lo que respecta al acceso al sistema sanitario, el 96,72% de la población poseen afiliación al SNS (Sistema Nacional de Salud), beneficiándose de una cobertura sanitaria universal; del resto, un 2,73% disfrutaban de una aseguración sanitaria subvencionada por la Conselleria de Sanitat de la comunidad valenciana, y el 0,89 % de los individuos no tienen seguro sanitario.

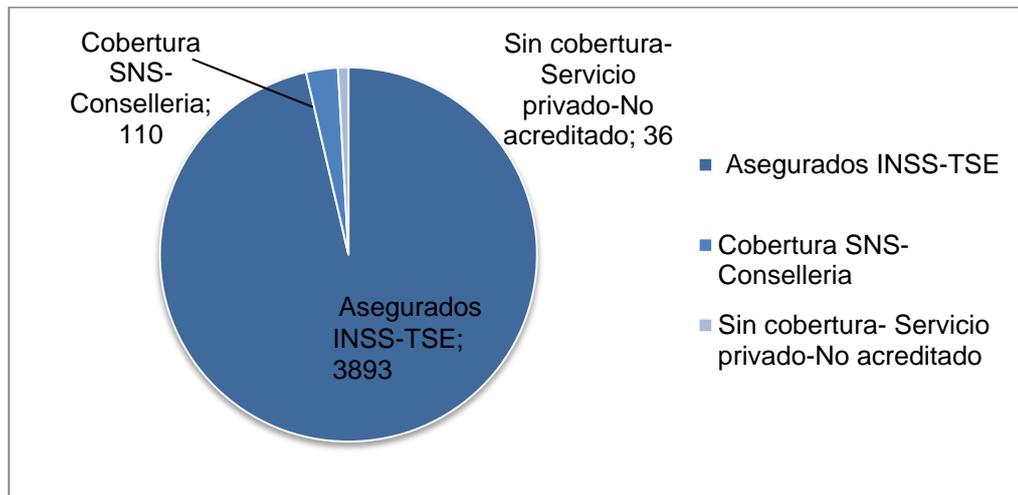


FIGURA 3: Distribución de la población por aseguramiento. Ciudadanos incluidos en SIP: empadronados y no empadronados (estancia > 1 mes) en el centro de salud san Agustín. Elaboración propia.

Por otro lado, en cuanto a la problemática de salud tal como expresa la TS en uno de los encuentros realizados, *“los vecinos del barrio de Salud de San Agustín no enferman de igual manera que los demás ciudadanos de Castellón”*. Los principales problemas de salud detectados a través de las entrevistas realizadas son los siguientes:

- Creciente tasa de ancianos crónicos y pluripatológicos, dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, que no son capaces de auto-gestionar su propia salud.

Esto supone un trabajo adicional a las mujeres, amas de casa, que no poseen ni recursos ni conocimientos suficientes para asumir el rol de cuidador. En este caso, la TS reclama un programa de salud en el cual se forme a los cuidadores en materia; ya que ella, por su reducida jornada laboral en el centro de salud no posee tiempo suficiente para emprender este proyecto. Por otro lado, el director del centro de salud, en el afán de filiar a los usuarios con esta problemática, mediante el sistema informático ABUCASIS ha creado el código V66.7., que asigna el diagnóstico de pluripatología-cronicidad a los pacientes que se encuentran en esta situación. Asimismo, destaca la importancia de la prevención de los factores de riesgo cardiovascular como paso previo, para evitar-retrasar el desarrollo de enfermedades posteriores.

- Consumo de tóxicos y drogas, con tendencias adictivas.

Los principales tóxicos consumidos por los vecinos de San Agustín son: alcohol, tabaco, cannabis y cocaína. Se trata de una barriada en la que tanto el consumo, como el tráfico de drogas, es algo cotidiano. La zona cuenta con una entidad destinada al control de las adicciones, Unidad de Conductas de Adicción (UCA); la TS expone que la mayoría de los usuarios que ella recibe en la consulta poseen problemas relacionados con el consumo abusivo de drogas. Me anima a trabajar en esta línea y me explica que más que un cambio de comportamiento, habría que generar una modificación en el pensamiento, partiendo desde la base de la población, los niños; porque *“las malos hábitos de los jóvenes son las enfermedades de los adultos”*

- Violencia de género.

La población gitana aún se encuentra impregnada de rasgos machistas e infravaloran a la mujer a pesar ser un gran pilar en la familia. En el centro de salud, se han detectado casos de violencia de género; no obstante, es un tema tabú, ya que la población no es consciente de esta problemática.

- Salud Mental.

Las desigualdades sociales y los limitados recursos del barrio, perjudican la salud mental de los usuarios; predominando patología depresiva y ansiosa.

- Enfermedades transmisibles. Destacan virus de la inmunodeficiencia humana, tuberculosis y diversas hepatitis.

Otro de los puntos a tratar dentro de las entrevistas realizadas, es la red de tejido asociativo del centro de salud, la cual, permitiría gestionar la salud de los individuos desde diferentes perspectivas. La lista de recursos se puede encontrar en el **ANEXO 4**. Esta se encuentra fragmentada y agrupada en función de las diversas entidades que participan. Igualmente, el médico de familia me proporciona un esquema que correlaciona las entidades con las que existe mayor comunicación actualmente.



FÍGURA 4: RED PRÓXIMA DE TEJIDO ASOCIATIVO. Datos proporcionados por el médico de familia. Elaboración propia.

Finalmente, se aborda el tema de las experiencias previas en el ámbito de prevención y promoción de la salud. Respecto a ello, se llega a la conclusión de que nunca se ha elaborado, ni llevado a cabo ningún programa de promoción de la salud en el CS. No obstante, tanto la TS como la enfermera comunitaria, comentan que, con anterioridad se han propuesto programas de índole nacional. Los últimos con los que

se ha trabajado han sido, por un lado, el programa PIES, aplicado por la enfermera a los alumnos del instituto *Penyeta Roja* y por otro, un programa de control evolutivo del embarazo dirigido a mujeres con falta de recursos y gestionado por *Cruz Roja*. Ambas trabajadoras me señalan que estos programas nacionales, que no parten de necesidades demandadas por la población, apenas obtienen participación ciudadana. Tras la entrevista con la TS del colegio me informa que el ayuntamiento de Castellón recientemente ha incorporado la figura de “enfermera escolar” en el colegio de San Agustín.

A pesar de que no se ha establecido ningún programa de salud estructurado, el CS sí que ha trabajado en esta línea previamente, a través de talleres tales como; cuidados y salud bucodental, celiacía, alimentación saludable y nutrición y vacunación del virus del papiloma humano. Se debe agregar también que, existe una comunicación unidireccional y discontinua con la asociación de jubilados y pensionistas y el C.E.I.P. San Agustín. Estas entidades solicitan a demanda la realización de talleres y charlas en función de sus necesidades; algunos de los temas abordados han sido: estilos de vida saludable, pediculosis, absentismo escolar, vacunación e higiene infantil. El médico expone que se debería trabajar más en este campo, para así obtener una buena comunicación con estas entidades, constante y bidireccional.

Tras recapitular la información de las observaciones y entrevistas realizadas, se extraen los siguientes datos jerarquizados en distintas categorías. La categoría P corresponde a los problemas de salud, la TA engloba a la red de tejido asociativo y la categoría EPS pertenece al asunto de experiencias previas en promoción de salud. Como se observa en la **FIGURA 5**, en la cual se describen los códigos empleados para la estratificación de los datos, gran parte del discurso se centra en las categorías P1, P3, TA1 y PS1. Se llega a esta conclusión, ya que tras la síntesis de la información obtenida se han detectado más códigos para su descripción que para otras categorías, entendiéndose con esto que ha aparecido de manera más frecuente durante los diversos encuentros.

CATEGORÍAS	DEFINICIÓN Y CÓDIGOS
P1	<p>Pluripatología y cronicidad.</p> <p><u>Códigos:</u> <i>Infarto, hipertensión arterial, colesterol, arteriosclerosis, obesidad, ictus, policonsumo</i></p>

	<p><i>farmacológico[†], diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, insuficiencia venosa, enfermedad renal, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, dependencia, cuidados paliativos, artrosis, artritis, celiaquía, sedentarismo, tabaco, alcohol, patología tiroidea, enfermedad transmisible, sentimiento de inutilidad, prevención, estilos de vida, depresión, ansiedad, código V66.7, cuidadora.</i></p>
P2	<p>Cuidador familiar</p> <p><u>Códigos:</u> <i>Cuidadora, sobrecarga, dependencia, ancianos.</i></p>
P3	<p>Consumo de tóxicos y drogas</p> <p><u>Códigos:</u> <i>alcohol, cerveza, carajillo, tabaco, cirrosis, cigarrillo electrónico, abstinencia, nicotina, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, abuso, centro de rehabilitación, terapias grupales, cocaína, cannabis, fiesta, fin de semana, evasión, sensación de libertad, relajación, contacto previo con Unidad de Conductas Adictivas, consumo patológico, dependencia, delincuencia, antecedentes personales o familiares.</i></p>
P4	<p>Violencia de género</p> <p><u>Códigos:</u> <i>Denuncia, violencia verbal, violencia física, agresión física.</i></p>
P5	<p>Salud mental</p> <p><u>Códigos:</u> <i>terapia antidepresiva, ansiolíticos, psiquiatría, cita programada con especialista, psicólogo, sentimiento de tristeza, incapacidad para realizar su vida.</i></p>
P6	<p>Enfermedades transmisibles</p> <p><u>Códigos:</u> <i>contacto y seguimiento con especialista,</i></p>

[†] Policonsumo farmacológico: consumo crónico y concomitante de 3 o más fármacos

	<i>serología positiva, tuberculosis, hepatitis, virus de la inmunodeficiencia humana, anticuerpos positivos, tratamiento, antecedentes personales, trasplante.</i>
TA1	Red de tejido asociativo <i>Códigos: Asociación, club, colegio, reunión, charlas, talleres, Penyeta Roja, instituto, ayuntamiento, CEIP San Agustín, AMICS, OSIM, Cáritas, Albergue, jubilados, UCA, Cruz Roja, mapa, activos en salud, recursos, comunicación unidireccional, reuniones intersectoriales.</i>
EPS1	Experiencias previas en promoción de salud. <i>Códigos: programa de salud nacional, participación, PIES, salud sexual y reproductiva, embarazadas, respuesta deficiente, enfermera comunitaria, enfermera en la escuela, talleres, charlas, Cruz Roja, Penyeta Roja, demandas, unidireccional.</i>

FIGURA 5: Categorización de variables. Elaboración propia

8. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.

Los datos que aporta el estudio sobre las necesidades de salud de la población de San Agustín, objetiva que las principales problemáticas del CS son, la acentuada prevalencia de enfermos crónicos-pluripatológicos y el alto consumo de sustancias tóxicas. El que la pluripatología y la cronicidad sea una de las cuestiones más significativas de este barrio está condicionado en cierto modo por las características intrínsecas poblacionales, ya que, nos encontramos ante una barriada con un alto censo de personas que superan los 65 años de edad. No obstante, que el consumo de tóxicos destaque por encima de otras patologías, nos conduce a reflexionar sobre la necesidad de actuar en este campo.

Hay que añadir, además, que los resultados obtenidos en este trabajo, se asemejan a las conclusiones extraídas en otros estudios similares, llevados a cabo en las diferentes comunidades autónomas e incluso en otros países. La OMS extrae como resultado, que el tabaco y el alcohol son las principales drogas consumidas por la población mundial, a los que se les atribuye respectivamente una media de 3,3 y 7 millones de muertes al año³⁸. Concretamente en España, según los datos estadísticos

de la última publicación, 2017, de la encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES); el 62,1 % y el 38,5% de los españoles habían consumido alcohol y tabaco respectivamente en los últimos 30 días previos a la encuesta y el 9,3% y el 30,8% lo habían hecho diariamente. Asimismo, establece la edad de inicio de consumo en los 16,4 y 16,7 años respectivamente para el tabaco y el alcohol³⁹.

Sin embargo, no solo el estado español es consciente de esta problemática, sino también el ayuntamiento de Castellón⁴⁰ lo considera un tema de actuación prioritario, por lo que lo incluye en su cartera de servicios, publicando en 2016, junto con la unidad de prevención comunitaria en conductas adictivas (UPCCA), el plan municipal de drogodependencias 2016-2019. En este deja constancia el cambio radical del uso de drogas en los últimos años, predominando, policonsumos generalizados, baja percepción del riesgo, precocidad en el inicio de consumo y aumento del tráfico de drogas⁴¹, entre otros. La finalidad de este proyecto es actuar en población infantil, favoreciendo la prevención del inicio del consumo, desde el ámbito escolar y familiar; así como evitar el agravamiento de las conductas adictivas ocasionando en el peor de los casos la exclusión social⁴².

Así pues, vista la estrategia de promoción de salud a nivel estatal y municipal, nuestro argumento, extraído de las diferentes observaciones y entrevistas realizadas en el marco del presente estudio gana validez, confirmando la necesidad de intervención en este campo. Al proponer una metodología de actuación en esta materia, no solo estamos trabajando en el ámbito preventivo de la adicción a drogas; más aún, estamos eliminando factores de riesgo, para el desarrollo de patologías crónicas; interviniendo así, de forma indirecta en el ámbito de la pluripatología y cronicidad.

Para finalizar esta memoria, realizaré una serie de recomendaciones basándome en el artículo *¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?*⁴³, de la SEMFYC. Las conclusiones obtenidas en este estudio, correspondería con la primera parte del protocolo propuesto en dicha publicación; en el cual, se analiza la población y sus necesidades en salud. A continuación, y con el propósito de poner en marcha, en un futuro cercano, un programa de promoción de la salud, dirigido a disminuir el consumo de alcohol y tabaco en la población de San Agustín, se detallan los pasos a seguir, aplicando los datos obtenidos en los apartados previos.

- **Fase 1: Trabajo interno en el equipo.**

Se aconseja la elaboración de un pequeño grupo de trabajo en el CS con implicación no voluntarista. Tras los resultados obtenidos, recomiendo que el núcleo del equipo, esté compuesto en un primer lugar, por la TS y el médico de familia, ya que se tratan de líderes sanitarios con gran experiencia en el ámbito de la promoción de salud. Las tareas de este equipo serían:

- Incorporar paulatinamente los diferentes actores del equipo sanitario.
- Contactar con el ayuntamiento y los servicios sociales, ya que, serán fundamentales en esta primera fase.
- Identificar líderes comunitarios, tras la realización de entrevistas a los usuarios en el ambiente de la consulta.

- **Fase 2: Salida a la comunidad.**

Iniciar la comunicación con la comunidad; realizando una convocatoria global y formal, en la cual se manifieste el propósito que se quiere perseguir. En esta, es fundamental crear una comisión promotora; compuesta por asociaciones, líderes, vecinos, clubs... con la intención de traspasar el protagonismo a la comunidad.

- **Fase 3: Primeras intervenciones.**

Recomiendo realizar una intervención global y sencilla para comenzar, como puede ser una "Fiesta por la Salud", ya que ésta nos servirá como puerta de entrada a una barriada cuyo nivel de participación es bajo.

A continuación, aconsejo orientar la intervención hacia la prevención del consumo de alcohol y tabaco, por tratarse de las drogas más prevalentes, en la población infantil, específicamente a los alumnos de sexto de primaria del C.E.I.P. San Agustín; ya que, la infancia es una época de especial vulnerabilidad en la que se inicia el consumo de drogas. Asimismo, se trata de un colectivo idóneo, para elaborar una actuación con la finalidad de generar un cambio tanto comportamental como de pensamiento; no obstante sería recomendable incluir intervenciones dirigidas a familiares y profesores, actuando así desde una triple vertiente, y obteniendo mejores resultados en salud.

Los recursos disponibles, podrían ser una de las limitaciones a la hora de emprender este proyecto. En cambio, contamos con una figura nueva a destacar

dentro del colegio, como es la “enfermera en el aula”, la cual, podría colaborar durante las intervenciones. Asimismo, la propuesta de este programa podría servir para reforzar los contactos ya establecidos, con los servicios e instituciones mencionados con anterioridad en el **ANEXO 4**, e incluso podría enriquecer este tejido de activos en salud, con nuevos organismos. Algunas recomendaciones serían, reforzar la comunicación con el ayuntamiento con la finalidad de dirigir ciertas intervenciones incluidas en el plan municipal de drogodependencias al alumnado del CEIP San Agustín y expandir la red de recursos a la Universidad Jaume I, con la razón de captar voluntarios para la ejecución de talleres.

Para finalizar, señalar que, fomentando de este modo la participación comunitaria y la promoción de la salud, aminoraríamos algunas de las desigualdades sociales presentes en este colectivo; adquiriendo de esta forma, un mayor control individual sobre las decisiones y acciones que concierne a su salud; en definitiva, empoderando a la comunidad de San Agustín en su propia salud.

9. AGRADECIMIENTOS.

Quisiera agradecer a varias personas y entidades la ayuda que me han prestado en la realización de este Trabajo Fin de Grado. Principalmente, gracias a los trabajadores sanitarios del centro de salud San Agustín, por dedicar su tiempo e ilusión en este trabajo, otorgando especial mención al doctor y profesor Vicente Santamaría y Patricia, la trabajadora social. Gracias al colegio San Agustín y la asociación AMICS por mostrarse participativos y colaboradores en todo momento. No puedo olvidar tampoco a los pacientes que voluntariamente se han ofrecido a participar en el estudio. Para finalizar a agradecer a mi tutor, Gonzalo Pareja, por todo lo que me ha enseñado y lo que me ha transmitido y a mi padre, Francisco Contreras, profesor asociado del área de enfermería comunitaria de la Universidad de Jaén, siempre dispuesto a ayudarme, aconsejarme y a enseñarme.

10. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Fernando, J. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological*. 2011; 4(1): 70-79. [Internet] [Citado: 2018 Marzo 08] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
- ² Almeida, N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cuadernos de salud pública*. 2001; 17(4), 753-770.
- ³ Engel, G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196, 129-136.
- ⁴ Sadegh-Zadeh, K. Fuzzy health, illness and disease. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2000; 25, 605– 638.
- ⁵ Nordenfelt, L. On the Place of Fuzzy Health in Medical Theory. *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000; 25(5), 639–649.
- ⁶ Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Documentos básicos. 2006. 45ª Edición. [Internet] [Citado: 2018 Enero 19] Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- ⁷ Lalonde M. Informe de Lalonde sobre el estado de salud. Determinantes del estado de salud. Canadá; 1974.p.33-58.
- ⁹ Declaration of Alma Ata. Génova. Organización Mundial de la Salud (OMS). 1978 [Internet] [Citado: 2018 Enero 22] Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5627.pdf
- ¹⁰ Carta de Ottawa para la promoción de salud. Ottawa: Organización Mundial de la Salud (OMS) Canadá. 1986 [Internet] [Citado: 2018 Enero 22]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- ¹¹ Antonovsky, A. The salutogenic approach to family system health: promise and danger. En: European congress on “Mental Health in European Families”. 1991

[Internet] [Citado: 2018 Enero 20]. Disponible en: <http://www.angelfire.com/ok/soc/agolem.html>

¹² Morgan, A., Ziglio, E. Capability and resilience: beating the odds. Department of Epidemiology and Public Health. UCL. Londres: University College London. 2006.

¹³ Wilkinson, R. G., Marmot, M. Los Determinantes sociales de salud: los hechos probados. Organización Mundial de la Salud: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006 [Internet] [Citado: 2018 Enero 21]. Disponible en: <http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

¹⁴ Díez, E., Peirò, R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. Barcelona. 2004; 18 (4) 158-167. [Internet] [Citado: 2018 Marzo 23]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400025

¹⁵ Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín, M.I., Colomer, C., Zafra, E., Álvarez-Dardet, C. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. Gac Sanit. 2005; 19: (2) 77–85.

¹⁶ Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, et al. Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. Med Clin (Barc). 1996; 106: 295–389.

¹⁷ Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 1)

¹⁸ Artazcoz L, editora. Monográfico Género y Salud. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 2)

¹⁹ Observatorio de Salud de la Mujer. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993- 2003. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. [Internet] [Citado: 2018 Enero 02]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf

²⁰ Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, et al. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Gac Sanit. 2010; 24: 136–44.

²¹ Hernández- Aguado, I., Santaolaya Cesteros, M., Campos Esteban, P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2012. Gac. Sanit. 2012; 26 (S):6-13.

²² CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. 2008. [Internet] [Citado: 2018 Febrero 13]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

²³ World Health Assembly. World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequalities through action on social determinants of health. Geneva, World Health Organization. 2009. [Internet] [Citado 2018 Febrero 13]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf

²⁴ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE. 1986 Abril; 102:15207-24

²⁵ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE. 2003 mayo; 128:20567-88.

²⁶ Asamblea general de las Naciones Unidas A/69/L.85. Proyecto de documento final de las cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015. Nueva York. 2015. [Internet] [Citado: 2017 Noviembre 22]. Disponible en: http://www.cooperacionespanola.es/sites/default/files/agenda_2030_desarrollo_sostenible_cooperacion_espanola_12_ago_2015_es.pdf

²⁷ Angulo Pineda, G. España frente a los retos de la agenda de desarrollo sostenible. OXFAM Intermón. UNICEF Comité Español. Septiembre de 2015. [Internet] [Citado: 2017 Noviembre 22]. Disponible en: <https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com/sites/default/files/documentos/files/EspanaRetosDesarrolloSostenible.pdf>

²⁸ Mendoza, M. Análisis de la situación de las actuaciones de las administraciones públicas en promoción de la salud en la ciudad de Castellón para una posterior intervención comunitaria. Departamento de Medicina. Universidad Jaume I. Castellón de la Plana. 2017.

²⁹ Martínez, A. Análisis de situación de las actuaciones de Intervención Comunitaria Sanitaria en el Municipio de Castellón: “La participación de la sociedad en el estado actual de la promoción de la salud en el Municipio de Castellón” Departamento de medicina. Universidad Jaume I. Castellón de la Plana. 2017.

³⁰ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Jefatura del Estado. BOE 98, 24-04-2012.

³¹ Llano Ortiz, J.C. El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2016. 7º Informe AROPE. European Anti Poverty Network (EAPN). España. 2017. [Internet] [Citado: 2018 Mayo 03]. Disponible en:
http://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2017.pdf

³² La Parra, D., Gil-González, D., Jiménez, A. Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España. Alicante. Gac Sanit 2013; 27(5): 385-386

³³ Tuset-Garijo, M-G-, Roca-Biosca, A., Pérez- Grueso, P.A., Martorell-Poveda, M.A. La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa. Revisión bibliográfica. Cultura de los cuidados. 2012; 16(34): 71-80. [Internet] [Citado: 2017 Noviembre 23]. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/34pdf/34-071.pdf>

³⁴ Ferrer, F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. Alicante. Gac Sanit 2003;17(Supl 3):2-8

³⁵ Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020. Informe estudios e investigación 2014. Gobierno de España: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid. 2ª Edición. [Internet] [Consultado: 2018 Marzo 18] Disponible en:

https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/docs/WEB_POBLACION_GITANA_2012.pdf

³⁶ Capítulo 17: Evaluación de la calidad de datos. En: Polit. Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. 6^o edición. México.: McGraw-Hill Interamericana. 389-417.

³⁷ Capítulo 22: Análisis de datos cualitativos. En: En: Polit. Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. 6^o edición. México.: McGraw-Hill Interamericana. 389-417.

³⁸ Anderson, P., Gual, A. y Colon, J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.; 2008. [Internet] [Citado: 2018 Marzo 27] Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

³⁹ Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1995-2015. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2017. [Internet] [Consultado: 2018 Febrero 25] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>

⁴⁰ DA 58/00. Diagnóstico de salud. Departamentos de Castellón y la Plana. Centro de Salud Pública de Castellón. Castellón de la Plana. 2012.

⁴¹ Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016. Plan Nacional sobre Drogas. BOE 38, 13-2-2009.

⁴² Plan Municipal Drogodependencias 2016-2019. Ayuntamiento de Castellón de la Plana. Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Castellón de la Plana; 2016. [Internet] [Citado: 2018 Marzo 18] Disponible en: https://www.castello.es/archivos/802/TRP/trp30/misc/respuestas/5/Plan_Municipal_Drogodependencias_2016-19.pdf

⁴³ Astral L. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. I Recomendaciones PACAP. 2º edición. Madrid: Instituto de salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2004.

10. ANEXOS.

ANEXO 1: MAPA DEL ÁREA GEOGRÁFICA DEPENDIENTE DEL CENTRO DE SALUD SAN AGUSTÍN



Elaboración propia.

Se muestran los diferentes grupos- zonas atendidos por el centro de salud de San Agustín. Destacan:

1. Grupo San Agustín.
2. Grupo San Antonio.
3. Zona Bienvenida.
4. Zona Casa de la Brega.
5. Grupo San Marcos.
6. Zona Matadero.
7. Zona Rio

8. Zona Tombatossals.
9. Grupo San Vicente y San Juan.
10. Grupo San Bartolomé.
11. Grupo San Enrique.
12. Zona Rosers.
13. Zona Penyeta Rocha.
14. Zona Torreta.

Todos los datos han sido proporcionados por la trabajadora social del centro de salud a día 10/01/2018.

ANEXO 2: GUION DE ENTREVISTA

Presentación y consentimiento informado.

1. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN.

- ¿Qué información podría darme sobre la población que comprende el centro de salud San Agustín? Con ello me refiero; censo poblacional, pirámide de población, datos demográficos, sociales, y culturales. Nivel socioeconómico. Datos de morbimortalidad.
- ¿Podría contextualizarme el perfil de paciente que acude al centro de salud?

2. PROBLEMAS DE SALUD POBLACIONALES.

- ¿Cuáles son los problemas de salud más prevalentes?
- ¿Considera que el área poblacional que engloba el C.S. San Agustín presenta desigualdades en salud? Si es así, ¿cuáles son las más notables?

3. RED DE TEJIDO ASOCIATIVO:

- Es fundamental conocer la red de tejido asociativo ya que, en parte, determina la salud de los ciudadanos. ¿Podría proporcionarme los nombres de las organizaciones, asociaciones, peñas, clubs, congregaciones y colegios-institutos con los que trabaja y mantiene contacto el C.S. San Agustín?
- ¿Existe algún mapa de activos en salud o herramienta similar?
- ¿Qué tipo de relación existe entre el tejido social y el C.S.?
- ¿Se ha trabajado en algún momento con la UJI o con el ayuntamiento de Castellón?

4. EXPERIENCIAS PREVIAS EN EL ÁMBITO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

- ¿Se han realizado talleres-charlas sobre algún tema relacionado con la promoción de la salud?
- ¿En algún momento se ha puesto en marcha algún programa de promoción de salud? En caso afirmativo, ¿de dónde ha salido esta iniciativa? ¿Hay algún programa actualmente vigente?
- ¿Con anterioridad, se han realizado talleres-charlas sobre algún tema relacionado con la promoción de la salud?

-
- En caso afirmativo, ¿cuál ha sido el grado de acogida y participación? ¿Se han encontrado algún tipo de problema al realizarlos? Tras la realización, ¿se ha obtenido algún resultado en salud?

5. OPINIÓN PERSONAL Y RECOMENDACIONES.

- Conociendo las necesidades de la población y las propias del C.S. ¿Cuáles serían sus recomendaciones para enfocar el diseño del programa de salud?
- ¿Qué opinión tiene acerca de la necesidad de implantar este tipo de programas en esta zona? ¿Lo considera necesario? En caso afirmativo, ¿cuáles son los problemas que provocan que no se implanten (falta de recursos, falta de motivación de personal sanitario, falta de implicación por parte de la comunidad...)?
- ¿Me recomendaría entrevistarme con algún otro miembro del equipo del CS para obtener más opiniones?

Muchas gracias.

*Añadir que en el caso de la entrevista realizada a la orientadora del C.El.P. San Agustín, se cambió la palabra centro de salud por colegio.

ANEXO 3: HOJA DE OBSERVACIONES

TEMÁTICA		RESPUESTAS	
		SÍ	NO
1	PLURIPATOLOGÍA Y PACIENTE CRÓNICO		
	Durante la entrevista clínica, se abordan dos o más patologías de carácter crónico; entendiéndose como crónico aquello que tiene larga duración y evolución lenta.		
	Durante la entrevista clínica, se trata el tema de la polifarmacia, entendida como el consumo crónico y concomitante de 3 o más fármacos.		
2	CUIDADORES		
	Durante la entrevista clínica, expone que se encarga del cuidado de algún familiar en situación de dependencia		
3	CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS		
	A lo largo de la entrevista clínica, se aborda el tema de consumo de alcohol de forma actual o con anterioridad		
	A lo largo de la entrevista clínica, se aborda el tema de consumo de tabaco de forma actual o con anterioridad		
	A lo largo de la entrevista clínica, se aborda el tema de consumo de otras drogas: cannabis, cocaína... de forma actual o con anterioridad		
	Ha participado en algún momento de la vida en un programa de desintoxicación a drogas. Añadir, si se especifica el tóxico en cuestión		
4	VIOLENCIA DE GÉNERO		
5	SALUD MENTAL		
	Ha acudido de forma regular a la consulta de psiquiatría/psicología, en algún periodo, durante los últimos 6 meses.		
	Tiene programada una cita en psiquiatría/ psicología en algún periodo dentro de los próximos 6 meses		
	Se aborda el tema de consumo de psicofármacos		
6	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		
	Se aborda en consulta el tema refiriéndose a alguna enfermedad transmisible, a pruebas diagnósticas o cita con algún especialista relacionado. Problema actual o pasado		

Elaboración propia

ANEXO 4: LISTADO DE RED DE TEJIDO ASOCIATIVO DEL CENTRO DE SALUD SAN AGUSTIN

CENTROS MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES	Centro municipal de servicios sociales zona norte.
AYUNTAMIENTO DE CASTELLÓN DE LA PLANA	Ayuntamiento de Castellón de la Plana
	Agencia de mediación para la integración y convivencia social (AMICS)
	Centro servef de empleo
	Delegación territorial de la conselleria de bienestar social.
	Delegación territorial de educación
	Delegación territorial de educación
	Delegación territorial de la conselleria de sanidad.
	Agencia valenciana de alquiler
	Centro de gestión de vivienda pública
	Centro de la mujer 24 horas
	Oficina de ayuda a víctimas del delito
	Albergue municipal de transeúntes y comedor social
	Servicio municipal de transporte adaptado
	Trámites de oficina de extranjería en Castellón
ASOCIACIONES Y ONGS	Cruz Roja Española. Oficina provincial de Castellón.
	Oficina provincial de Castellón
	Obra social de integración del marginado (O.S.I.M.) Comedor social
	Cáritas interparroquial. Cáritas Diocesana de Segorbe-Castellón.
	Asociación ciudadana contra el SIDA en Castellón (CASDA)
	Asociación de daño cerebral sobrevenido "ATENEO"
	Asociación de madres y padres del alumnado (A.M.P.A.) del centro de educación especial (C.E.E.) "PENYETA ROJA"
	Asociación taller ocupacional "PENYETA ROJA"
	Asociación gitana de Castellón
	Fundación del secretariado general gitano

	Asociación de jubilados y pensionista San Agustín-San Marcos
	Asociación de mujeres la Torreta
	C.E.I.P. San Agustín
	C.E.I.P. Illes Columbretes
TOXICOMANÍAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS	Fundación para la prevención, tratamiento e integración de las adicciones-PATIM
	Proyecto amigo Castellón
	Asociación valenciana para la prevención y control y tratamiento del tabaquismo (AZAHAR)
	Unidad de Conductas Adictivas de Castellón (U.C.A.)
	Fundación salud y comunidad-centro de encuentro y acogida.

Elaboración propia.